

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E
RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL
SÓCIO CULTURAL**

Sandra Cristina Romão Dias

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde – Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2015

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E
RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL
SÓCIO CULTURAL**

Sandra Cristina Romão Dias

**Dissertação orientada pelo Prof. Doutor Bruno Ademar Paisana
Gonçalves**

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde – Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2015

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, preciso de agradecer profundamente ao Professor Doutor Bruno Ademar Paisana Gonçalves pela paciência extrema e sincera compreensão para comigo ao longo dos últimos três anos. Muito obrigada por aceitar as minhas dificuldades, sem fazer juízos de valor, e por apoiar-me e motivar-me na minha caminhada. Foi uma honra tê-lo como mentor. Bem-haja!

De um modo geral, agradecer a todos os professores que ao longo do curso transmitiram-me conhecimentos. Um agradecimento especial aos professores do núcleo de dinâmica que, para além do ensino das matérias, souberam transmitir a paixão pela psicodinâmica.

Apesar de não estarem fisicamente presentes, não posso deixar de agradecer aos meus pais. Sem o seu esforço, dedicação, amor e confiança não teria chegado onde estou hoje, nem seria a pessoa que sou. Por tudo, o meu infinito obrigado.

Ao Bruno Pedro, o meu companheiro das horas boas e, sobretudo, das más. Obrigada por estares ao meu lado, mesmo nos piores momentos da minha vida. Obrigada por acreditares em mim, mesmo quando a minha confiança esmorece. Obrigada por tudo o que passamos juntos. Obrigada por teres cruzado o meu caminho e teres tornado a minha vida muito mais rica. És e serás sempre uma das pessoas mais importantes da minha vida.

À família Pedro – Luísa, José e Andreia – pelo carinho, amizade e apoio demonstrados ao longo dos anos e para com quem estarei eternamente grata. Muito obrigada por terem sido a minha boia de salvação.

À minha família, aos meus tios, tias e primos. Um especial obrigada à minha “titi” pelo amor, amizade e preocupação demonstrados em base diária, apesar da distância que nos separa que é quebrada tantas vezes por um simples SMS.

À “Tixona” (Patrícia Martins) que começou por ser uma colega de curso e acabou por tornar-se a minha melhor amiga, a minha confidente, a minha “pessoa”. Muito obrigada pelo carinho, amizade profunda e genuína, por aceites-me como sou, sem me julgares, pelas palavras que não quero ouvir e por aquelas que nem precisas proferir. Muito obrigada, também, por através de ti ter conhecido pessoas tão maravilhosas como é a minha querida homónima (Sandra Pinto) e o nosso “Fernas”.

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO-CULTURAL

À Inês e à Eva Antunes que foram as minhas colegas de casa e, acima de tudo, amigas ao longo de todos estes anos. Muito obrigada por todos os momentos de cumplicidade partilhados.

Ao “pessoal” de Martinchel que chora comigo nos momentos de amargura e rejubila de alegria nas vitórias. Muito obrigada Rafael e Diogo Santos, Paulo Jacinto, à minha querida e incansável Mónica Rosa, à incrível amiga Cláudia Barreiro e ao Tiago Barreiro (apesar dos sermões intermináveis).

Ao meu mestre, João Cardiga, por ter estimulado em mim o desenvolvimento de máximas tão importantes como o carácter, a sinceridade, o esforço, a etiqueta e o auto-controle. Oss!

A TODOS, UM GRANDE BEM-HAJA!

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM
MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO-CULTURAL

DEDICATÓRIA

Em memória da minha mãe, Alvina.

Em memória do meu pai, Luís.

Em memória dos meus avós, Felismina, Luís e Inácio.

À minha avó Teresa.

Ao que sacrifiquei.

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO CULTURAL

RESUMO

A depressão é uma perturbação mental comum que afeta maioritariamente as mulheres (OMS, 2012), estando muitas vezes associada a períodos de flutuação hormonal drásticas (Miller, 2011) como é o caso da transição para a menopausa. Apesar da maioria não apresentar sintomas de depressão algumas delas parecem ser especialmente vulneráveis ao seu desenvolvimento (Soares, 2013). A religiosidade aparece muitas vezes relacionada com a capacidade para lidar com questões de saúde mental (Plant, Saucedo & Rice, 2001), especialmente, no que concerne a depressão (Baker & Cruickshank, 2009). Posto isto, esta investigação pretende estudar a relação entre as variáveis da depressão, da menopausa e da religiosidade em mulheres de baixo nível sócio cultural. A amostra é constituída exclusivamente por mulheres com idade entre os 40 e os 70 anos (4 têm idade >65 anos). As participantes são maioritariamente casadas, estão empregadas, têm 4 anos de escolaridade e são católicas. Foram usados os instrumentos: Questionário sociodemográfico, Questionário de práticas religiosas, Questionário de Santa Clara sobre Força da Fé (SCSRFQ) (Plante & Boccaccini, 1997), e a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) (Gonçalves & Fagulha, 2004; Radloff, 1977). Os resultados mostram uma relação positiva e significativa entre a força da fé religiosa, a idade e os sintomas depressivos. Foram também identificados os fatores de proteção casada, escolaridade elevada e perceção positiva do estado de saúde geral. Este estudo contribui para alertar os técnicos de saúde mental e de cuidados de saúde primários para vivência da menopausa, nomeadamente para o surgimento de sintomas de depressão nesta fase de vida da mulher de meia-idade.

Palavras-chave: Depressão, Religiosidade, Meia-idade Feminina, Menopausa, Baixo Nível Sócio cultural.

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO CULTURAL

ABSTRACT

Depression is a common mental health disorder that affects women predominantly (OMS, 2012). It's often associated with drastic hormonal fluctuation periods (Miller, 2011) such as the menopausal transition. Although most women don't report depressive symptoms, some of them seems especially vulnerable to their development (Soares, 2013). Religiosity is frequently related to the hability to cope with mental health issues (Plant, Saucedo & Rice, 2001), especially with depression (Backer & Cruickshank, 2009). Therefore, the aim of this paper is to examine the relationship between the variables of depression, menopause and religiosity on women with low sociocultural level conditions. The sample is exclusively composed by women with a age range between 40 and 70 years old (4 of them are over 65 years old). Participants are mostly married, currently employed, have 4 years of education and are catholic. The instruments used were: Sociodemographic Questionnaire, the Religious Practices' Questionnaire (Gonçalves & Fagulha), the Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire [SCSRFQ] (Plant & Bocaccini, 1997) and the Center of Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) (Gonçalves & Fagulha, 2004; Radloff, 1977). The results show a significant positive relationship between the strength of religious faith, age and depressive symptoms. Protective factors such as being married, high educational levels and positive general health state perceived were identified. This study contributes to alert mental health technicians and primary health care technicians about the experience of menopause, particularly for the onset of depressive symptoms at that period of a middle aged woman.

Keywords: Depression, Religiosity, Middle Aged Woman, Menopause, Low Sociocultural Level.

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO-CULTURAL

ÍNDICE

Introdução	1
1. Enquadramento Teórico	3
1.1 Depressão	3
1.2 A Meia Idade Feminina	10
1.3 Religiosidade	17
2. Objectivo e hipóteses.....	20
2.1 Objectivos Específicos e Hipóteses	20
3. Método.....	21
3.1 Participantes	21
3.2 Instrumentos	22
3.3 Procedimentos	24
3.4 Análise Estatística	25
4. Resultados.....	26
4.1 Correlações de Pearson.....	26
4.3 Regressão Linear Múltipla e Hierárquicas	30
5. Discussão	36
5.1 Descrição Estatística.....	36
5.2 Depressão e Religiosidade.....	36
5.3 Depressão e Estatuto Menopausico	37
5.4 Depressão e Percepção do Estado de Saúde Geral	37
5.5 Depressão e Variáveis Sócio-demográficas	38
6. Conclusão	40
bibliografia	41
Anexo 1 – Pacote de questionários.....	46

INDÍCE DE TABELAS

Tabela 1	21
Tabela 2	26
Tabela 3	30
Tabela 4	32
Tabela 5	33
Tabela 6	34
Tabela 7	35

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde [OMS] (2012) aponta a depressão como a causa principal de incapacidade no mundo inteiro, contribuindo fortemente para a taxa geral de doença. Em Portugal, a Direção Geral de Saúde (2004) classificou a depressão como a segunda patologia psiquiátrica mais prevalente.

A depressão é uma perturbação mental comum que afeta maioritariamente as mulheres e, caso não seja devidamente tratada, pode levar ao suicídio que vitimiza cerca de um milhão de pessoas por ano (OMS, 2012). Esta perturbação resulta de uma interação complexa de fatores sociais, psicológicos e biológicos (OMS, 2012).

No século passado, grande parte das mulheres não alcançava a menopausa (Berlezi, Balzan, Cadore, Pillatt & Winkelmann, 2013). O aumento da esperança média de vida ao longo dos anos, bem como o crescente envelhecimento da população levou a investigação a desenvolver-se em torno das etapas de desenvolvimento mais avançadas como a meia-idade, nomeadamente no que diz respeito ao processo da menopausa característico da meia-idade feminina, e a velhice.

A transição para a menopausa é caracterizada por um conjunto de complexo de mudanças associadas com o declínio da função ovariana (Soares, 2013). Estas mudanças podem ser de ordem biológica, social e psicológica (Fagulha, 2009).

Apesar da maioria das mulheres não apresentar sintomas depressivos na transição para a menopausa, algumas delas parecem estar especialmente vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas ou até de perturbação depressiva (Soares, 2013).

Na literatura, a religiosidade aparece muitas vezes relacionada com a capacidade para lidar com questões de saúde mental (Plant, Saucedo & Rice, 2001), especialmente, no que concerne a depressão (Baker & Cruickshank, 2009). É comum encontrar-se uma relação inversa entre a religiosidade (seja ela na dimensão da importância da crença ou da força da fé, quer seja na sua componente prática) (Baker & Cruickshank, 2009).

Este estudo pretende explorar a relação entre o estatuto menopausico e os níveis de depressão em mulheres de meia-idade e de baixo nível sócio cultural e, ainda, avaliar a influência da religiosidade sobre estas relações.

A pertinência deste estudo prende-se com o facto de procurar levantar hipóteses explicativas face às relações entre as variáveis acima descritas num tipo de amostra

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO-CULTURAL

(mulheres com um nível baixo de estatuto sociocultural) sobre a qual existem poucas provas empíricas robustas.

Este trabalho está organizado em três grandes partes. A primeira procura fazer um enquadramento teórico geral dos três grandes temas abordados nesta dissertação, a depressão, a meia-idade feminina e a religiosidade. Decorrente da revisão da literatura, foram elaborados objetivos específicos quanto ao sentido da investigação dos dados recolhidos e, também, levantadas hipóteses quanto aos resultados esperados. A segunda parte diz respeito a questões metodológicas, tais como as características da amostra, dos instrumentos utilizados, da análise estatística e dos procedimentos seguidos na recolha dos dados e à análise dos resultados obtidos. A terceira e última parte é constituída pela discussão dos resultados obtidos de acordo com as hipóteses formuladas anteriormente e pela conclusão geral desta investigação.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Depressão

Segundo o Ministério da Saúde português (2006), a depressão é a principal responsável por incapacidades e vem em segundo lugar no ranking das causas de perda de anos de vida saudável. Estima-se que cerca de 20% da população portuguesa é afectada por esta patologia.

A depressão pode encontrar-se ao longo do vasto espectro da psicopatologia, não obstante, ela encontra uma identidade própria nas perturbações depressivas. Estas últimas são divididas em desregulação do humor disruptivo, depressão maior, depressão persistente (distímia), disforia pré-menstrual, depressão induzida por substância/medicação, devido a outra condição médica e, ainda, depressão outra específica e não específica. Apesar dos diferentes quadros, todas elas têm características comuns tais como a presença de tristeza, humor vazio ou irritável, acompanhado de mudanças somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do sujeito. A diferenciação do diagnóstico é feita a partir da duração da perturbação, do timing e presumível etiologia (APA, 2013).

1.1.1 A Depressão do Ponto de Vista Psicodinâmico

1.1.1.1 Luto e Melancolia (Freud, 1914-1957)

Freud (1914-1957), no seu trabalho sobre Luto e Melancolia (tradução do título em português) parte do aspeto global do luto normal e da depressão (melancolia) e usa o luto normal como modelo para a exploração das características patológicas da depressão.

Falar de luto ou depressão é falar de perda – o luto é a reação normal à perda (morte) de uma pessoa significativa ou de uma abstração significativa para o sujeito (ex: pátria); a morte de um ente querido também pode levar à depressão, no entanto, esta perda assume uma natureza mais abstrata, diferindo do luto por resultar numa disposição patológica do sujeito. É comum, na depressão, o objeto não ter morrido, morre, na perspetiva do sujeito, como objeto de amor. Enquanto no luto sabe-se claramente quem é que se perdeu, ou seja, a perda é consciente, na depressão nem sempre é visível o que se perdeu – a perda adquire uma natureza inconsciente (Freud, 1914-1957).

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO CULTURAL

Tanto na depressão como no luto estão presentes as seguintes características: um estado de espírito pesado e doloroso, perda de interesse no mundo exterior, perda da capacidade de investir num novo objeto de amor e inibição em atividades que não estejam ligadas aos seus pensamentos. Na depressão encontra-se uma característica que não é partilhada pelo luto: uma perturbação do amor-próprio (Freud, 1914-1957).

A inibição geral do funcionamento do sujeito e a falta de interesse no mundo que o rodeia são resultantes do trabalho interno exigido pela perda: no luto, o ego está completamente absorvido e circunscrito à elaboração da perda (deixando pouco ou nenhum espaço para outros interesses) que, uma vez concluída, liberta e desinibe o ego; na depressão, o trabalho interno é semelhante ao do luto e é responsável pela inibição depressiva em que, contrariamente ao que se passa no luto, existe um grande empobrecimento do ego (no luto, o mundo é que ficou vazio e pobre). A inibição depressiva leva ao delírio de inferioridade: o sujeito sente-se inútil, incapaz, moralmente desprezível, censurável e espera ser punido por isso. Este sentimento de inferioridade é extremamente forte e alarmante visto que consegue inibir o instinto básico de sobrevivência de todo o ser vivo, manifestado pela recusa do sujeito em alimentar-se, sendo reforçado pela falta de sono adequado (Freud, 1914-1957).

A falta de autoestima, característica exclusiva da depressão, advém do empobrecimento do ego e da insatisfação do mesmo ao nível moral. O ego do sujeito divide-se e uma das partes ataca a outra, julgando-a criticamente, considerando-a como se fosse objeto. Esta é a razão pela qual muitas das críticas que o sujeito dirige a si próprio sejam, na realidade, críticas ao objeto amado que foram deslocadas para o ego do próprio, originando um sentimento de ambivalência no sujeito (Freud, 1914-1957).

Sigmund Freud (1914-1957), conclui então serem necessárias três condições de base para o surgimento da depressão: a perda do objeto, o sentimento de ambivalência e um movimento regressivo da libido ao ego.

1.1.1.2 A Perspetiva de Coimbra de Matos sobre a Depressão (Coimbra de Matos, 2014)

De um ponto de vista mais atual, Coimbra de Matos (2014), define a depressão como “a perda/abaixamento da pressão anímica, traduzindo-se por uma diminuição da energia psíquica e vital, da libido, da motivação e do interesse pelo real” (p.497) e acrescenta “O seu sintoma patognomónico é o abatimento, desaceleração ou abrandamento; não a tristeza, que é mais típica do luto” (p.497).

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO-CULTURAL

Em termos psicodinâmicos, segundo Coimbra de Matos (2014), o estudo em linhas gerais da depressão tem de ter em consideração as seguintes três noções – a depressão normal (luto), a depressão patológica e a depressividade (Coimbra de Matos, 2014). A primeira, a depressão normal ou luto, reação à perda de um objeto privilegiado, é sinal de boa saúde mental uma vez que o sujeito mostra ser capaz de fazer um trabalho de luto, de se deprimir (depressibilidade). A depressão patológica está presente quando os laços relacionais do sujeito são vinculados por um narcisismo que, por sua vez, irá potenciar uma menor tolerância e uma sensibilidade particular e intensa à perda do amor do objeto que é fundamental para o sujeito. Dado que o objeto não é mais que um instrumento, um prolongamento do indivíduo, este último sente a perda do objeto como uma perda de uma parte fundamental de si mesmo. Por fim, na depressividade – traço de personalidade – assiste-se a um movimento contínuo de opressão e esgotamento do Eu do sujeito que se manifesta por um sentimento de inferioridade e/ou de incapacidade. O sujeito esforça-se para lutar contra a depressão: se, por um lado, fica abatido (deprimido) por sucumbir às exigências do objeto interno, por outro, sente-se triste e só (deprime-se) por ter sido abandonado por esse objeto (Coimbra de Matos, 2014).

1.1.1.3 A Perspectiva do Manual de Diagnóstico Psicodinâmico [MDP] (Alliance of Psychoanalytic Organizations, 2006)

O MDP aborda a depressão como perturbação uma vez que interfere com o normal funcionamento do sujeito (ao nível do trabalho, dos estudos e das relações pessoais), observando-se alterações cerebrais e corpóreas (como a cognição, o comportamento e os sistemas imunitário e nervoso periférico).

O episódio depressivo pode surgir em qualquer idade, apesar de ser mais comum na fase do jovem adulto, e é caracterizado por um período de tempo (com duração mínima de duas semanas) em que o sujeito sente-se deprimido ou perde a capacidade de experienciar qualquer tipo de prazer. Os sintomas que acompanham o episódio depressivo são de natureza variável e constituem alterações no sono, apetite e desejo sexual; perda de prazer em atividades outrora interessantes, na vida (anedonia); falta de energia, dificuldade na capacidade de concentração, lentificação psicomotora; e, por fim, a presença de sentimentos de culpa e ideação suicida. Outros comportamentos observáveis incluem crises de choro, indiferença pelo contacto social, descuido na

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO-CULTURAL

apresentação física e cuidados pessoais, comportamento passivo ou evitante, inquietação, lentificação motora, do pensamento ou até da fala.

O modo como o indivíduo vive internamente a depressão pode ser visto através das seguintes componentes: afetiva, cognitiva, somática e relacional.

Na componente afetiva, aquilo que o sujeito sente está dependente da natureza da sua depressão. Numa versão analítica, o sujeito sente-se desamparado, fraco, inadequado e esgotado; tem medo de ser abandonado, isolado e excluído; esforça-se por manter o contacto físico direto com uma pessoa com necessidade de gratidão; deseja ser acalmado, nutrido e protegido; e tem dificuldades ao tolerar atrasos e adiamentos, bem como na expressão da zanga e raiva (com medo que isso destrua o outro). Por outro lado, na depressão introjetiva, o indivíduo é detentor de uma auto-crítica severa, punitiva e inflexível; sente-se inferior, sem valor e culpado; tem a sensação de ter falhado perante as expectativas dos outros; tem medo de perder a aprovação, o reconhecimento e amor dos outros significativos; a autoestima é negativamente afetada pelos ataques da auto-crítica e do medo.

Relativamente à componente cognitiva, é notável uma racionalização da culpa por parte do doente, acompanhada por fantasias de perda da aprovação, reconhecimento ou amor dos outros. O sujeito apresenta dificuldades, senão mesmo incapacidade, na tomada de decisões e na capacidade mnésica. Possui baixo amor-próprio e pode ter pensamentos suicidas. É importante notar que a intensidade dos pensamentos, per se, pode ser perturbadora por si. Apesar dos pacientes apresentarem quase todos sintomas cognitivos, eles estão mais exacerbados na versão introjetiva da depressão.

Não é incomum os pacientes apresentarem queixas somáticas, separadas das queixas emocionais. Alterações no desejo sexual, no apetite (com ganho ou perda de peso), no sono (a insónia e a hipersónia aumentam os níveis de stress no corpo), irritabilidade aumentada e inquietação, sensação de fadiga, pouca energia ou mesmo letargia são sintomas experienciados, pelo paciente, através do corpo.

As relações pessoais também são afetadas pela depressão. Os sujeitos podem apresentar uma sede (carência) insaciável pelo contacto social ou, pelo contrário, hostilizar fortemente os que os rodeiam. O sentimento de não poder ser amado e de desvalia leva a movimentos de apego, retirada ou hostilização das boas relações interpessoais por parte do sujeito.

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO CULTURAL

1.1.2. Fatores De Risco

A depressão é o produto resultante de uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais (OMS, 2012). Os fatores de risco têm um impacto diferente nos sintomas depressivos (Fried, Nesse, Zivin, Guille & Sem, 2013).

1.1.2.1 Fatores Biológico

Predisposição Genética:

A hereditariedade é muitas vezes apontada como fator predisponente da depressão, sendo prática comum entre os investigadores inquirir os sujeitos de estudos de pressão quanto ao historial psicopatológico familiar clínico (Unsal, Tozun & Ayranci, 2011; Heun & Hein, 2005). O DSM-5 adverte para o facto de relativos de 1º grau têm um risco de perturbação depressiva maior de 2 a 4 vezes superior do que na população geral (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Doença Somática:

A presença de doença crónica, física ou incapacidade resultante de doença psiquiátrica (Unsal, Tozun & Ayranci, 2011) aumenta o risco de desenvolver um quadro clínico depressivo. Qualquer tipo de dor, independentemente da sua localização, pode estar associada a sintomatologia depressiva (Gonçalves, Fagulha, Ferreira & Reis, 2014).

Idade:

As psicopatologias mais comuns no idoso são a demência e a depressão (Fontaine, 1999 citado por Maurício, 2010). É consensual, na literatura, encontrar-se evidências quanto ao aumento de sintomas depressivos com a idade (Unsal, Tozun & Ayranci, 2011; Frade, Barbosa, Cardozo & Nunes, 2015; Apóstulo, Antunes, Rodrigues, Figueiredo & Lopes, 2011; Bergdhal, Gustavsson, Kallin, Wagert, Lundman, Bucht, & Gustafson, 2005 citado por Frade et. al, 2015).

Em Portugal, o Inquérito Nacional de Saúde (Portugal, 2009 citado por Apóstulo et. al, 2011), relativo ao período de 2005-2006, aponta que dos 862 301 sujeitos que reportam sofrer ou já ter sofrido de depressão, cerca de 20% tem idade superior a 65 anos, sendo que 14% corresponde à faixa etária dos 65 aos 74 anos. Assim, pode pensar-se que o aumento da sintomatologia depressiva em determinadas faixas etárias decorre da interação da idade com outras variáveis situacionais e não apenas per se. Num estudo nacional com idosos institucionalizados e não-institucionalizados, Frade e

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO-CULTURAL

colaboradores (2015) encontraram uma maior predominância de sintomas depressivos nos idosos que residiam em lares, isto pode dever-se ao estarem afastados de suas casas e da mudança das suas rotinas diárias (Salgueiro, 2007 citado por Frade et. al, 2015) e/ou por terem um suporte social e/ou familiar mais fraco, bem como uma maior prevalência de outras comorbidades (Leite, Carvalho, Barreto & Falcão, 2006 cit.por Frade et. al, 2015; Siqueira, Vasconcelos, Duarte, Arruda., Costa & Cardoso, 2009 cit. por Frade et. al, 2015).

É importante notar que as próprias questões decorrentes do próprio processo de envelhecimento, seja a nível biológico ou social, podem aumentar a vulnerabilidade do idoso face à depressão, isto é, envelhecer é um tempo de perda: perda de contactos sociais (por morte) e perda ou comprometimento das faculdades fisiológicas, bem como psicológicas (Djernes, 2006 cit. por Apóstulo et. al, 2011; Heun & Hein, 2005).

Sexo Feminino:

Nas mulheres (Unsal, Tozun & Ayranci, 2011) a taxa de depressão é maior nos anos de reprodução (Pearson, 2010), atenuando-se a disparidade de géneros após a menopausa (Faravelli, Scarpato, Castellini & Lo Sauro, 2013).

As mulheres são mais suscetíveis a sofrerem de stress quotidiano e de outros fatores contextuais (Miller, 2011; Soares, 2010). O stress crónico relacionado com o papel tradicional feminino (Mirowsky & Ross, 1989, citado por Kessler, 2003) aumenta o risco de desenvolver uma perturbação depressiva, sobretudo, no caso das mulheres casadas, onde esse papel é mais marcado (Kessler, 2003). As mulheres são as cuidadoras principais daqueles que as rodeiam, o que as expõem a um stress crónico de baixa intensidade que pode levar à depressão (Miller, 2011). Outros stresses severos como o abuso sexual ou violência doméstica são mais rapidamente experienciados por mulheres, sendo que é importante notar que estas experiências traumáticas possuem um efeito duradouro no cérebro (Miller, 2011).

Em termos psicológicos, existe uma maior dependência interpessoal das mulheres em relação aos homens (Sananthara, Gardner, Prescott & Kendler, 2003 citado por Brewer & Olive, 2014) o que pode explicar a disparidade entre géneros. Outra característica predominante no sexo feminino é um estilo de pensamento ruminante sobre os problemas, permitindo que sintomas transitórios de disforia se transformem em episódios clinicamente significativos de depressão (Nolen-Hoeksema, 1990 citador por Kessler, 2003). A diferença de géneros pode igualmente ser explicada por motivos de

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO-CULTURAL

assertividade, isto é, é possível que as mulheres admitam mais prontamente a sua depressão do que os homens (Young, Fogg, Scheftner, Keller & Fawcett, 1990 citado por Kessler, 2003), ou ainda por questões metodológicas, uma vez que os homens poderão estar tão deprimidos quanto as mulheres mas terem mais manifestações de irritabilidade do que sintomas de disforia ou anedonia (Kessler, 2003).

No que concerne a genética, sabe-se que determinadas mutações genéticas associadas ao desenvolvimento da depressão só ocorrem na mulher (Miller, 2011).

A predominância da depressão no sexo feminino surge, pela primeira vez, na puberdade, fase marcada pelo surgimento da menstruação que pode levar a alterações humorais semelhantes aquelas ocorridas nos doentes deprimidos (Miller, 2011). É importante notar que trata-se de uma vulnerabilidade individual que ocorre em momentos de flutuação hormonal drástica (Miller, 2011), isto é, existe um risco acrescido para a depressão durante períodos de vida associados a eventos relacionados com a menstruação como é o período pós-parto ou a transição para a menopausa (Soares, 2010).

A influência das hormonas sexuais femininas sobre o humor é reconhecida com a introdução da síndrome disfórica pré-mestrua no DSM-5 (APA, 2013). Esta síndrome surge na semana antecedente ao período menstrual e melhora com o aparecimento do fluxo menstrual, acabando por tornar-se praticamente assintomática no período pós-menstrual. Trata-se de uma perturbação isolada e não de uma exacerbação da sintomatologia de outra. Os sintomas são comuns, em severidade mas não duração, aos que se vêem na depressão maior e de perturbação de ansiedade generalizada. Desta forma, as pacientes que sofrem desta perturbação apresentam labilidade emocional, irritabilidade (a zanga leva ao aumento dos conflitos interpessoais), disforia (humor depressivo, sentimento de desesperança e pensamento auto-depreciativo), sintomas ansiosos (sentimento de estar presa ou à beira do precipício, sentimento de sobrecarga e de falta de controlo), alterações no sono (hipersónia ou insónia) e no apetite (hiperfagia ou pica), falta de energia marcada (fadiga) e, ainda no campo cognitivo, dificuldade subjetiva de concentração. Todos estes sintomas provocam distress clinicamente significativo e interferem com atividades usuais e/ou no relacionamento com os outros. As mulheres próximas da menopausa queixam-se de um agravamento da sintomatologia que pára após a menopausa, não obstante, a reposição cíclica de hormonas pode despoletar a re-expressão dos sintomas (APA, 2013). A presença de sintomas depressivos durante a menopausa é aprofundado no próximo capítulo.

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO CULTURAL

1.1.2.2 Fatores Psicológicos

Personalidade:

Aspetos da personalidade podem predispor o indivíduo à depressão como é o caso da estrutura de personalidade tipo-A ou da presença de traços depressivos de personalidade (Unsal, Tozun & Ayranci, 2011).

A interação entre a presença de afetos negativos e eventos de vida stressante pode despoletar um episódio depressivo (APA, 2013).

1.1.2.3 Fatores Contextuais

Nível Sócio cultural:

O nível educacional é um bom indicador do nível sócio económico (Fagulha & Gonçalves, 2012). Assim, é espectável que uma pessoa de escolaridade baixa tenha um nível sócio-cultural-económico baixo e, por consequência, tenha poucos recursos à sua disposição, um estilo de vida mais humilde, ambientes laborais precários e, ainda, baixos níveis de suporte social (OMS, 2000; Heun & Hein, 2005; Miller, 2011).

Estado Civil:

Frade e colaboradores (2015) demonstram que os idosos casados tendem a ser menos deprimidos. No entanto, outros autores postulam que os benefícios não estarão tanto na existência de uma relação em si, mas da perceção da qualidade da mesma (Field & Kurpius, 2005).

Situação Profissional:

Estar empregado parece ter um efeito protetor em relação à depressão (Gonçalves et al., 2014).

Por outro lado, as donas de casa parecem estar em maior risco de virem a sofrer de depressão (Gonçalves et al., 2014).

1.2 A Meia Idade Feminina

A definição cronológica da meia-idade é pouco consensual ao longo da literatura, sobretudo quanto ao seu limite inferior – Spiro III (2001, citado por Fagulha, 2009) propõe um início aos 35 anos, enquanto que o limite superior é aceite nos 65 anos (Fagulha, 2009).

A meia-idade é caracterizada por uma variedade de circunstâncias psicológicas, biológicas e sociais (Fagulha, 2009).

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO CULTURAL

Do ponto de vista psicológico, a meia-idade é uma fase de reformulações na relação com o próprio e com os outros (Fagulha & Gonçalves, 2005). A “Idade de transição 50” (Levinson, 1996 citado por Hall, 2007) oferece a possibilidade de uma reavaliação da estrutura da vida, de investir na exploração do próprio (self) e do mundo e de criar uma base para a próxima etapa de vida. O novo equilíbrio é o resultado de um trabalho de elaboração e adaptação necessário numa profunda mudança de vida como é o caso desta etapa de desenvolvimento (Fagulha & Gonçalves, 2005). Estas mudanças psicológicas inerentes à meia-idade levam muitas mulheres a procurar ajuda para entenderem o significado de algumas perturbações que surgem e, a partir daí, chegarem a um novo equilíbrio e novos investimentos (Fagulha & Gonçalves, 2005). Estas dificuldades encontradas traduzem-se (como será explorado mais adiante), muitas vezes, por um aumento do risco de perturbações depressivas (Gonçalves, Fagulha & Ferreira, 2005).

O aumento da consciência da finitude pelo confronto com o envelhecimento do próprio e dos outros (como é o caso dos pais), através da observação das alterações físicas (biológicas) tais como os progressivos sinais de declínio e com o aumento do risco de doença crónica (Fagulha, 2009) pode levar a modificações nas relações com os outros (Fagulha, 2009; Fagulha e Gonçalves, 2005).

Em relação às situações contextuais, em termos familiar, esta etapa tende a coincidir com a saída de casa dos filhos e da sua autonomização e com a crescente dependência dos pais. No contexto laboral, é nesta altura que se dá o pico da carreira, onde a possibilidade de atingir posições de todo e liderança está no seu expoente máximo (Fagulha, 2009).

1.2.1 A Menopausa

A menopausa, marco da meia-idade feminina, “é o acontecimento mais marcante (e estudado) desta fase da vida da mulher.” (Fagulha, 2005, p.15).

O termo menopausa vem do Grego “men” (mês) e “pausis” (cessação), correspondendo ao período após a confirmação da última menstruação (passado um período de 12 meses de amenorreia), só sendo possível fazer a determinação da mesma em retrospectiva (Pimenta, Leal & Branco, 2007).

1.2.1.1 Modelo Biomédico

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO-CULTURAL

Segundo o modelo biomédico, a menopausa corresponde ao período durante o qual ocorre a cessação das menstruações pela redução gradual do funcionamento dos ovários que, por consequência, leva à diminuição da libertação mensal de óvulos e da produção de estrogénio (Pimenta et al., 2007).

A menopausa funciona como um marco biológico assinalando a finalização da atividade reprodutiva da mulher e o prenúncio do envelhecimento (Fagulha, 2005).

O envelhecimento reprodutivo é um processo natural que se inicia com o nascimento e desenvolve-se ao longo de um contínuo, como tal, é visto como um processo e não um evento isolado (Soules, Sherman, Parrott, Rebar, Santoro, Utian & Woods, 2001). É neste sentido que Soules e colaboradores (2001) referem-se ao termo “transição para a menopausa” que é caracterizado por alterações menstruais, tanto ao nível da duração com da frequência do ciclo menstrual e termina aquando o último período menstrual. A duração da transição (dos ciclos regulares até à amenorreia) e a natureza das irregularidades varia muito de mulher para mulher (OMS, 1981).

O Estatuto Menopausico:

No relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a Menopausa (1996), é sugerido o seguinte conjunto de definições de termos relacionados com a menopausa: a) Menopausa Natural – a cessação permanente da menstruação devido à perda de atividade folicular do ovário. A menopausa inicia-se com o último período menstrual e só pode ser definida após um ano de amenorreia; b) Peri-menopausa – período de tempo imediatamente precedente à menopausa e que se estende até um ano após a última menstruação. No relatório anterior da OMS (1981), a peri-menopausa também era denominada de climatério, neste presente relatório, é aconselhado abandonar este último termo; c) Pós-menopausa – inicia-se na menopausa, isto é, a partir do último período menstrual; d) Pré-menopausa – período de tempo que antecede a menopausa (OMS, 1996).

1.2.1.2 Modelo Desenvolvimental / Sócio-cultural

O modelo desenvolvimental considera a menopausa um processo normativo de desenvolvimento com impacto mínimo ou nulo na vida da mulher (Pimenta et al., 2007).

Segundo este modelo, as variáveis sócio-culturais são responsáveis pela forma como a mulher experimenta a menopausa e os sintomas a ela associados (Collins & Landgren, 2002 citado por Pimenta et al., 2007). As dificuldades são culturalmente

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO-CULTURAL

construídas, tendo em conta as atitudes em relação ao envelhecimento, ao papel social da mulher (Kaufert, 1982 citado por Pimenta et al., 2007) e ao significado cultural da capacidade reprodutiva feminina (Theisen & Mansfield, 1993 citado por Pimenta et al., 2007). Na cultura ocidental que é orientada para a juventude, a menopausa é associada ao medo de envelhecer, da perda de estatuto social e de problemas ao nível da sexualidade (Fagulha, 2005), ao passo que as mulheres japonesas e chinesas são aquelas com menos queixas sintomáticas (Avis, Stellato, Crawford, Bomberger, Ganz, Cain, Kagawa-Singer, 2001).

1.2.1.3 Modelo Bio-psico-social

O modelo bio-psico-social é aquele que permite uma melhor compreensão e conceptualização mais abrangente do processo de menopausa (Pimenta et al., 2007), tendo em conta as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do processo de menopausa.

A forma como a menopausa é vivida depende do funcionamento psicológico e do contexto sócio-cultural da mulher (Fagulha, 2005).

A menopausa é considerada, à luz deste modelo, como uma fase de mudanças a diferentes níveis: físico, psíquico, social e espiritual. Todas estas mudanças levam a alterações relacionais, transformações no sentido de tempo e um repensar dos aspetos (positivos e negativos) desta transição para um estado novo e desconhecido. Neste sentido, os sintomas menopausicos têm de ser vistos de forma holística, tendo em conta os aspetos endócrinos, psicológicos, relacionais e da personalidade da mulher (Fagulha, 2005).

1.2.1.4 Sintomas Menopausicos

Para além dos aspetos mencionados acima, a menopausa é caracterizada por um conjunto de sintomas (OMS, 1981).

A ocorrência e severidade dos sintomas menopausicos podem ser afetados por fatores culturais e sócio-económicos (OMS, 1981), características sócio-demográficas e fatores de stress (Fagulha, Gonçalves & Ferreira, 2011).

Os sintomas menopausicos podem ser classificados em sintomas somáticos ou vasomotores e sintomas psicológicos. Os sintomas psicológicos são máximo antes e os vasomotores depois do cessar do período menstrual (OMS, 1981).

Os sintomas somáticos mais frequentes são os sintomas vasomotores (afrontamentos e suores noturnos), urogenitais (atrofia, infeções urogenitais,

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO-CULTURAL

incontinência urinária e secura vaginal), cefaleias, palpitações, fadiga, alterações ao nível do sono (insónia) e do apetite (Noble, 2005; Utian, 2005; OMS, 1996 citado por Avis et al., 2001).

Os sintomas psicológicos prendem-se com irritabilidade, tensão nervosa, humor depressivo, alterações da libido e dificuldades de concentração e tonturas (Noble, 2005; Utian, 2005; OMS, 1996 citado por Avis et al., 2001).

1.2.2 A Depressão na Menopausa

No passado, a menopausa foi encarada como uma mudança ameaçadora e responsável por fraqueza e perturbação mental (Fagulha, 2009). Nos dias de hoje, em Portugal, até as mulheres com um nível alto de educação possuem pouca informação sobre a menopausa, vivendo as alterações a esta associadas como não esperadas e difíceis de lidar (Fagulha et al., 2011).

A transição para a menopausa é um período de risco acrescido para o desenvolvimento de sintomas depressivos (Soares, 2013; Gibbs, Lee & Kulkarni, 2013).

No entanto, apesar de muitas mulheres experienciarem sintomas depressivos, este fenómeno não acontece na maioria das mulheres (Gibbs, Lee & Kulkarni, 2013), levantando-se a hipótese de algumas mulheres serem, por vários motivos, particularmente vulneráveis (Soares, 2013). É igualmente sabido, como foi exposto anteriormente, que a prevalência de sintomas depressivos varia em diferentes populações (Unsal, Tozun & Ayranci, 2011).

Os profissionais de saúde devem estar alertados e sensibilizados para a potencial vulnerabilidade das mulheres para a depressão ou sintomas depressivos durante e após a transição para a menopausa (Bromberger, Matthews, Schott, Brockwell, Avis, Kravitz, Everson-Rose, Gold, Sowers & Randolph Jr., 2007; Unsal, Tozun & Ayranci, 2011).

Para explicar o aumento do risco para perturbação e sintomas depressivos na transição para a menopausa, pode recorrer-se a duas hipóteses – a hipótese dominó e a hipótese da janela de vulnerabilidade.

1.2.2.1 Hipótese Dominó

Esta hipótese postula que os sintomas depressivos observados durante o período da menopausa poderão ser secundários, isto é, decorrentes da vivência dos sintomas vasomotores, como é o caso dos afrontamentos (Cohen & Soares, 2006).

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO-CULTURAL

A experiência de sintomas vasomotores, como o caso dos suores noturnos, pode afetar a qualidade do sono, que por sua vez terá repercussões no humor (uma cadeia de eventos sucessivos – efeito dominó) levando a uma diminuição significativa da qualidade de vida geral da mulher (Utian, 2005).

1.2.2.2 Hipótese da Janela de Vulnerabilidade

Segundo esta hipótese, a vulnerabilidade de certas mulheres face à depressão, em determinados momentos das suas vidas seria explicada através de um mecanismo biológico do estrogénio (Soares, 2010; Llana, García-Portilla, Llana-Suárez, Armott & Pérez-López, 2012).

O estrogénio está associado ao humor de duas formas: a primeira associa o baixo nível de estrogénio ao humor depressivo, a segunda associa não o nível baixo, mas sim a flutuação da produção de estrogénio seguindo um padrão instável e irregular que, por sua vez, vai aumentar a vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações de humor nas mulheres mais susceptíveis (Llana et al., 2012).

O facto de muitas mulheres experimentarem perturbações de humor em associação com eventos relacionados com o ciclo menstrual como é o caso do período pré-menstrual, na gravidez e pós-parto e durante a menopausa, apoia a ideia da flutuação hormonal poder ter um papel importante na presença de perturbações ou sintomas depressivos (Llana et al., 2012; Lokuge, Frey, Foster, Soares & Steiner, 2011 citado por Buttner, Mott, Pearlstein, Stuart, Zlotnick & O'Hara, 2012). Sendo que há provas epidemiológicas robustas (Soares, 2010) que demonstram que a flutuação na concentração de estrogénio afeta o mecanismo de transmissão da serotonina (neurotransmissor responsável pelo humor eutímico) (Noble, 2005; Lokuge et al., 2011 citado por Buttner et al., 2012).

1.2.2.3 Fatores de Risco

A depressão na meia-idade é um fator complexo e multifacetado que é influenciado por uma diversidade de sintomas (Soares, 2013).

Fatores Sócio-demográficos:

Ser dona de casa constitui um risco elevado para o desenvolvimento de sintomas depressivos, uma vez que são especialmente vulneráveis a problemas económicos e outras dificuldades. Estar empregada, por outro lado, funciona como um fator protetor face à sintomatologia depressiva (Gonçalves, et al., 2014).

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO-CULTURAL

O estado civil da mulher também tem um papel importante uma vez que uma mulher que seja recentemente viúva ou separada tem maior probabilidade de apresentar mais sintomas depressivos (Gonçalves et al., 2014), tal como acontece no caso das divorciadas e solteiras, talvez por estarem em piores condições sócio-económicas (Fagulha & Gonçalves, 2005). Estar casada diminui o risco de sofrer de sintomatologia depressiva (Fagulha & Gonçalves, 2005), uma vez que as relações com elevado suporte social ajudam a amortecer os efeitos do distress, ao mesmo tempo que aumenta a satisfação conjugal (Fielder & Kurpius, 2005).

O nível de escolaridade, como bom preditor do nível sócio-económico, é apontado como sendo o fator de risco mais importante (Gonçalves & Fagulha, 2012). Neste sentido, as mulheres com um nível de escolaridade mais baixo têm um risco aumentado de sofrerem de todos os tipos de perturbação e sintomatologia depressiva por comparação com as mulheres de estatuto sócio-cultural mais elevado (Gonçalves & Fagulha, 2012; Fagulha & Gonçalves, 2005).

Estatuto Menopausico:

De um modo geral, os sintomas depressivos aumentam da pré-menopausa para a menopausa e diminuem na pós-menopausa. No caso específico das mulheres de nível educacional alto, mantém-se a tendência para um aumento dos sintomas da menopausa para a pós-menopausa (sendo possível haver algum efeito da variável da idade) (Fagulha & Gonçalves, 2005).

A mudança de estatuto menopausico está associado com um aumento do risco de desenvolver sintomas depressivos, independentemente de outros fatores (Bromberger et al., 2007), sendo que é comum, na literatura, encontrar-se um nível mais acentuado de sintomas depressivos na perimenopausa (Cohen & Soares, 2006). Num estudo realizado em Portugal, o estatuto da perimenopausa estava significativamente associado a um aumento da sintomatologia depressiva quando os sintomas vasomotores não eram tidos em consideração (Gonçalves & Fagulha, 2011).

Outros Fatores:

Os eventos de vida negativos e stressantes estão associados com um aumento dos sintomas depressivos nesta fase de vida (Green & Cooke, 1980 citado por Gibbs, Lee & Kulkarni, 2013; Bromberger et al., 2007; Unsal et al., 2011; Colvin, Richardson, Cyranowski, Youk & Bromberger, 2014).

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO CULTURAL

Ter um historial de depressão prévia aumenta os riscos de recorrência de perturbação depressiva durante a menopausa (Gibbs et al, 2013), tal como acontece no caso de um historial familiar de depressão (Colvin et al., 2014).

1.3 Religiosidade

A espiritualidade pode ser entendida como a procura pessoal do sentido ou significado da vida e da sua relação com o divino ou transcendente. A espiritualidade pode surgir de ou levar ao desenvolvimento de rituais religiosos e, por consequente, à formação de uma comunidade (Koenig, McCullough & Larson, 2001 citado por Baker & Cruickshank, 2009).

A religiosidade, por sua vez, tem por base um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos que são partilhados por e desenvolvidos em comunidade, tendo por fim uma aproximação ao sagrado ou transcendente (Deus, uma entidade/poder superior ou a verdade/realidade universal) (Koenig, McCullough & Larson, 2001 citado por Baker & Cruickshank, 2009).

1.3.1 As Componentes da Religiosidade

A partir da definição de religiosidade acima, pode-se deprender os seus dois componentes principais, a crença religiosa e a prática religiosa. Enquanto a primeira diz respeito à relação íntima que o sujeito tem com o divino ou transcendente, a segunda convida o sujeito à interacção com os outros membros da sua comunidade religiosa.

No estudo da religiosidade, é importante distinguir entre a faceta social e o papel pessoal da crença religiosa, de modo a elucidar que facetas da religiosidade são potencialmente mais benéficas ou úteis para o sujeito (Aukst-Margetic, Jakovljevic, Margetic, Biscan & Samija, 2005)

1.3.2 A Religiosidade e o Bem-Estar Psicológico

A religiosidade tem um papel importante na vida de muitas pessoas, sendo parte integrante da sua personalidade (Aukst-Margetic et al., 2005). Daqui decorre a importância e pertinência do estudo da sua influência no bem-estar psicológico das pessoas.

Enquanto estratégia de coping, a religiosidade é um recurso acessível a toda a gente, conferindo ao sujeito um sentimento de auto-estima e de controlo sobre a resolução em situações de previsibilidade limitada (Aukst-Margetic et al., 2005).

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO-CULTURAL

Genéricamente, toda a gente lida com algum nível de distress diariamente, no entanto, alguns enfrentam distress significativo decorrente de doenças mental ou física (Plant, Saucedo & Rice, 2001). A probabilidade de um sujeito recorrer à religião aumenta com a gravidade da doença do mesmo (Jenkins, 1995 citado por Plant et al., 2001), o que pode ajudar a elucidar a falta de associação entre as variáveis da religiosidade e de stress ou aborrecimentos diários (Plant et al., 2001), reforçando a ideia de que a religiosidade é especialmente útil em sujeitos portadores de doenças somáticas sérias (Aukst-Margetic et al., 2005).

Está comprovado que os indivíduos com níveis mais elevados de religiosidade estão melhor adaptados do que os indivíduos que registam níveis mais baixos (Plant & Boccaccini, 1997). Esta melhor adaptação pode ser reflexo de uma maior capacidade de lidar com situações de vida stressantes por estes indivíduos estarem motivados por e confiantes na sua crença religiosa (Sun, Park, Roff, Klemmack, Parker, Koenig, Sawyer & Allman, 2012).

A moderação encontrada nas relações entre as variáveis da fé religiosa e o bem-estar psicológico pode ter origem na grande variação existente entre os participantes (Stanley, Bush, Camp, Jameson, Phillips, Barber, Zeno, Lomax & Cully, 2010). A morte de um ente querido ou outros eventos traumáticos afectam negativamente a fé da pessoa (Stanley et al., 2010), daí ser necessário ter precaução na análise dos resultados obtidos e, anteriormente, na selecção dos participantes.

O efeito protetor da religião sobre a psicopatologia é visível caso o sujeito frequente, pelo menos, mensalmente um serviço religioso (Larson & Larson, 1994 citado por Miller, Wickramaratne, Gameoff, Sage, Tenke & Weissman, 2012).

1.3.2.1 A Religiosidade e a Depressão

Uma área específica da saúde mental onde a religião tem influência é da depressão (Baker & Cruickshank, 2009).

Os indivíduos com afiliação religiosa (independentemente da confissão da mesma) apresentam níveis mais baixos de depressão quando comparados com outros indivíduos (Baker & Cruickshank, 2009).

A meta-análise conduzida por Smith, McCullough & Poll (2003 citado por Miller et al., 2012) mostra uma associação inversa e significativa entre a religiosidade e depressão. É consensual, na literatura, encontrar-se níveis mais baixos de depressão ou de sintomas depressivos em indivíduos com níveis mais elevados de religiosidade,

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO-CULTURAL

independentemente dos instrumentos usados para a medição das variáveis da religiosidade ou da depressão.

Miller e colaboradores (2012) descobriram, na sua amostra, que os participantes com pontuações mais elevadas na variável da religiosidade apresentavam cerca de um quarto do risco de depressão estimado para os outros participantes. Neste mesmo estudo, postularam que o efeito protetor a longo prazo da religião sobre a depressão é maior no caso dos episódios recorrentes do que no caso do surgimento do primeiro episódio depressivo (Miller et al., 2012).

No que concerne a componente pessoal/intima da fé (a crença), participantes com níveis elevados de fé intrínseca apresentam resultados comparativamente mais baixos na variável da depressão (Laurencell, Abell & Schwartz, 2002; Koenig, George & Peterson, 1998 citado por Plant et al., 2001).

Quanto à componente prática e social da fé, as pessoas frequentam a igreja ou outro serviço religioso têm menor probabilidade de estarem deprimidas (Koenig, Hays, George, Blazer, Larson & Landerman, 1997 citado por Sun et al., 2012; Sun et al., 2012). No estudo de Baker e Cruickshank (2009), o grupo dos cristãos obtinham resultados mais baixos de depressão tanto na variável da importância pessoal da religião como na sua prática. O efeito protetor da prática da religião sobre a depressão pode variar dependendo de como a religiosidade é praticada e de quais aspectos da prática religiosa estão a ser medidos (McCullough & Larson, 1999 citado por Aukst-Margetic et al., 2005; Baker & Cruickshank, 2009).

Em suma, as variáveis religiosas podem ter um peso menor sobre a depressão, mas não é de todo, um papel menos válido (Baker & Cruickshank, 2009).

2. OBJECTIVO E HIPÓTESES

Com este estudo pretende-se entender a relação entre as variáveis de depressão, estatuto menopausico e religiosidade em mulheres de meia-idade provenientes de um baixo nível sócio-cultural.

2.1 Objectivos Específicos e Hipóteses

1. Explorar a relação entre as variáveis de depressão, força de fé religiosa e prática religiosa actual.

Daqui decorre a hipótese:

Hipótese 1 – Espera-se que baixos níveis de sintomatologia depressiva estejam associados a níveis elevados de religiosidade, quer na variável da força de fé como da prática actual religiosa.

2. Avaliar a relação entre os sintomas depressivos e o estatuto menopausico.

Daqui decorrem as hipóteses:

Hipótese 2 – Espera-se encontrar menos sintomas depressivos em mulheres na prémenopausa em comparação com mulheres que estejam a passar ou já passaram pelo processo da menopausa (perimenopausa, menopausa e pós-menopausa);

Hipótese 3 – Espera-se encontrar um nível mais elevado de sintomas depressivos no grupo das mulheres perimenopausicas em comparação com o grupo da prémenopausa.

Hipótese 4 – Espera-se encontrar níveis mais baixos de sintomatologia depressiva no grupo pós-menopausico em comparação com o grupo perimenopausico.

3. Verificar a relação entre os sintomas depressivos e a percepção do estado de saúde geral.

Daqui decorre a hipótese:

Hipótese 5 – Espera-se encontrar uma associação negativa entre sintomas depressivos e a percepção do estado de saúde geral.

4. Explorar a relação entre as variáveis depressão e religiosidade e as variáveis sócio-demográficas.

Hipótese 6 – Espera-se encontrar diferenças nos resultados dos níveis de depressão e religiosidade consoante a idade, nível de escolaridade, estado civil e situação profissional.

3. MÉTODO

3.1 Participantes

A amostra de conveniência, formada através do método “bola de neve”, é constituída, exclusivamente, por mulheres com idades compreendidas entre os 44 anos e os 70 anos inclusive (com uma média de idade de 55,05 anos), das quais apenas quatro têm mais de 65 anos.

As participantes foram recolhidas em duas localidades de zonas consideradas rurais, 79,5% no concelho de Abrantes (Santarém) e 20,5% no concelho de Palmela (Setúbal).

Tendo em conta a informação sobre a caracterização da amostra apresentada no Tabela 1, pode afirmar-se que a maioria das participantes é casada, completou quatro anos de educação formal (até ao ano de 1974, a escolaridade obrigatória, em Portugal, era até à quarta classe, ou seja, quatro anos de formação formal), está empregada e afirma ser católica, quando inquirida sobre a sua filiação religiosa.

Tabela 1

Características Sóciodemográficas e Filiação Religiosa.

<u>Variável</u>	<u>Frequência</u>	<u>Percentagem (%)</u>
Idade (anos)		
[40-65]	40	90,9
[66-70]	4	9,1
Estado civil ^a		
Solteira	2	4,5
Casada	34	77,3
Divorciada	3	6,8
Viúva	4	9,1
Escolaridade		
Não foi à escola	0	0
4 anos	15	34,1
6 anos	5	11,4
9 anos	8	18,2
12 anos	11	25,0
Superior	5	11,4
Situação profissional		
Empregada	19	43,2

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO-CULTURAL

Dona de Casa	10	22,7
Desempregada	4	9,1
Reformada	11	25,0
Filiação Religiosa		
Católico Praticante	29	65,9
Católico Não Praticante	14	31,8
Sem Religião	1	2,3

Nota. ^a Devido a um dado omissos, o N=43 no Estado Civil.

3.2 Instrumentos

3.2.1 Questionário Sócio-demográfico

O questionário sócio-demográfico contém questões relativas à idade (em anos), ao estado civil (“solteira”, “casada”, “separada/divorciada” e “viúva”), às habilitações literárias (“não foi à escola”, “Menos de 4 anos”, “4 anos”, “6 anos”, “9 anos”, “12 anos” e “estudos superiores”) e à situação profissional (“empregada. Profissão?”, “desempregada”, “reformada” e “dona de casa”).

3.2.2 Participação na Igreja

A participação do sujeito na Igreja é inquirida através do item “Participa activamente na Igreja assumindo alguma função específica (Catequese, Grupos Litúrgico/ Sinodal, etc...)?” e com opção de resposta “Sim. Qual?” ou “Não”.

3.2.3 Estatuto Menopausico

O estatuto menopausico é classificado com ajuda na resposta a três itens. O primeiro item diz respeito a alterações no período menstrual (“Tem alterações na menstruação que considera relacionadas com a menopausa?” com as opções “Sim” ou “Não”). O segundo e o terceiro concerne o último período menstrual, caso tenha respondido afirmativamente à primeira pergunta (“Se já não tem períodos menstruais, o último período foi: Há mais de um ano? Sim ou Não”, caso a resposta seja afirmativa responde à questão seguinte “Há mais de dois anos? Sim ou Não” e, por fim, “Que idade tinha quando teve o último período (em anos)?”).

3.2.4 Percepção do Estado de Saúde Geral

A classificação da percepção do estado de saúde geral não é uma medida objectiva, uma vez que é baseada na avaliação subjectiva que o sujeito faz da sua saúde

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO-CULTURAL

geral, através de uma escala de Likert de cinco pontos (“mau”, “fraco”, “razoável”, “bom” e “muito bom”).

3.2.5 Questionário de Práticas Religiosas

O *Questionário de Prática Religiosa* utilizado neste estudo é um instrumento que tem sido utilizado em vários estudos dirigidos por Gonçalves e Fagulha. Inclui uma questão sobre o estatuto religioso assumido (*católica praticante, católica não praticante, cristã não católica, sem religião, outro*), duas perguntas sobre a história religiosa e cinco perguntas sobre a prática religiosa atual. As questões sobre a prática religiosa referem-se à frequência com que, atualmente, a pessoa vai à missa (ou a outra cerimónia religiosa), reza, comunga, se confessa e participa noutras atividades religiosas. A resposta é dada numa escala de Likert de 4 pontos (“nunca”, “de vez em quando”, “semanalmente”, “mais do que uma vez por semana ou diariamente”), cotada de zero a três. A soma das cotações destes cinco itens constitui um índice da prática religiosa atual, adequado para pessoas de religião católica. No caso de outras religiões cristãs, tem de se avaliar caso a caso quais os itens pertinentes. No presente estudo, esta escala apresenta um alfa de *Cronbach* de 0,90, evidenciando uma elevada consistência interna.

3.2.6 Questionário de Santa Clara sobre a Força da Fé Religiosa

A versão portuguesa, elaborada por Bruno Gonçalves e Teresa Fagulha (em estudo), possui a mesma constituição da escala original de Plante e Boccaccini, datada de 1997 - dez afirmações sobre as quais o sujeito tem de indicar o grau de concordância utilizando a seguinte escala: 1-Discordo Totalmente, 2-Discordo, 3-Concordo e 4-Concordo Fortemente.

Esta escala tem especial interesse, uma vez que pretende medir a força da fé religiosa independentemente da confissão da mesma (Plante & Boccaccini, 1997a).

Os estudos originais (Plante & Boccaccini, 1997a, 1997b) indicam uma elevada consistência interna deste instrumento (alfa de *Cronbach* de 0,95 e 0,97 no segundo estudo com um grupo de civis). No presente estudo, o alfa de *Cronbach* é de 0,97.

3.2.7 Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)

A tradução da escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) usada tem a autoria de Bruno Gonçalves e Teresa Fagulha (2004).

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO CULTURAL

Esta escala de auto-avaliação foi desenvolvida com o intuito de ser usada em estudos epidemiológicos e não numa vertente clínica, daí que o seu objectivo seja avaliar a ocorrência de sintomatologia depressiva na população geral (Radloff, 1977; Gonçalves & Fagulha, 2004). Para servir tal objectivo, a escala possui vinte itens que correspondem a vinte sintomas depressivos (Radloff, 1977) que serão classificados pela sua frequência, durante a semana passada, numa escala de quatro pontos (0-Nunca ou Muito Raramente, 1-Ocasionalmente, 2-Com Alguma Frequência e 3-Com muita frequência ou sempre) (Gonçalves & Fagulha, 2004). Destes vinte itens, quatro estão formulados pela positiva para averiguar afectos positivos e, também, para quebrar respostas tendência.

A escala original apresenta uma consistência interna elevada (alfa de *Cronbach* de 0,85 para a população geral) (Radloff, 1977), o que se repete na versão portuguesa (alfa de *Cronbach* de 0,87 para a população geral). No presente estudo, a escala apresenta um alfa de *Cronbach* de 0,86.

3.3 Procedimentos

Começou-se por elaborar um pacote de questionários (ver anexo 1) que inclui, pela seguinte ordem: o Consentimento Informado (que refere a natureza do estudo e assegura a confidencialidade e anonimato dos dados), o Questionário Sóciodemográfico, itens relativos à Participação na Igreja, Estatuto Menopausico e Percepção do Estado de Saúde Geral, o Questionário de Práticas Religiosas, o Questionário de Santa Clara sobre a Força da Fé Religiosa, o CES-D e, por fim, a Escala de Satisfação com o Suporte Social (que não tem lugar nesta investigação, no entanto, faz parte da dissertação de Tânia Dias, colega com a qual a presente investigadora colaborou na recolha de dados para uma base de dados conjunta).

A seleção das participantes foi feita do método bola de neve. Foi entregue um pacote de questionários a cada participante para que os pudesse preencher e um ou mais pacotes (consoante os casos) para que os entregasse a outras mulheres que quisessem participar no estudo, comprometendo-se a remetê-los às investigadoras numa data conveniente. No caso específico dos protocolos recolhidos no concelho de Abrantes, os questionários foram distribuídos a catequistas de várias paróquias para que pudessem elas próprias participar no estudo e recrutar outras mulheres (pertencentes ou não a movimentos ligados à igreja).

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO-CULTURAL

O preenchimento dos questionários foi feito, na maioria, pelas próprias participantes, sendo dada a liberdade às mesmas de poderem levar os questionários para casa e entregá-los posteriormente. A entrega e recolha dos questionários foram sempre realizados pela investigadora, pelo que foi possível ajudar diretamente as participantes sempre que estas tinham dúvidas.

3.4 Análise Estatística

A análise estatística foi conduzida através do *software IBM SPSS Statistics 22.0*.

Primeiro, conduziu-se uma análise descritiva das variáveis da idade, estado civil, nível de escolaridade, situação profissional e filiação religiosa quanto à frequência e percentagem.

Depois, averiguou-se a existência, força e sentido das relações entre as diferentes variáveis através do método de correlações de Pearson.

Realisou-se análises de variância univariada e o teste paramétrico *t-student* para o cálculo da diferença das médias.

Por fim, efetuou-se análises de regressão lineares múltiplas e hierárquicas para que fossem identificados os fatores com maior peso nos resultados da escala de depressão.

4. RESULTADOS

4.1 Correlações de Pearson

A análise das correlações de Pearson (Tabela 2) permite fazer inferências sobre a força e o sentido das relações existente entre as diferentes variáveis em estudo.

Para o caso da variável de depressão, medida através do CES-D, pode observar-se que possui correlações positivas moderadamente significativas com as variáveis da idade e da força da fé religiosa ($p=0,01$). A única variável que se correlaciona negativamente com a depressão é a percepção do estado de saúde, sendo esta uma correlação significativamente elevada ($p=0,01$).

Quanto à força da fé religiosa, o Santa Clara tem correlações positivas significativamente elevada com a outra variável religiosa, a Prática Atual, e outra igualente positiva mas mais fraca com a idade ($p=0,05$).

A prática atual religiosa, para além das correlações referidas acima, correlaciona-se positiva e moderadamente com a idade ($p=0,01$).

Por fim, a percepção do estado de saúde geral tem correlações negativas com todas as variáveis, sendo que para além da correlação forte existente com a depressão, também se correlaciona negativa e significativamente com a idade ($p=0,05$).

Tabela 2

Correlações de Pearson.

	<u>Santa clara</u>	<u>Prática atual</u>	<u>Idade</u>	<u>Estado de saúde geral</u>
CES-D				
Correlação de pearson	,427**	,276	,446**	-,670**
Sig. (2 extremidades)	,004	,070	,002	,000
Santa clara				
Correlação de pearson		,763**	,340*	-,202
Sig. (2 extremidades)		,000	,024	,188
Pática atual				
Correlação de pearson			,411**	-,055
Sig. (2 extremidades)			,006	,721
Idade				
Correlação de pearson				-,306*
Sig. (2 extremidades)				,043

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO CULTURAL

Nota: *. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades). **. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

4.2 Comparação de Médias

Utilizou-se análises de variâncias univariada, testes *t* de *student* e, ainda, análises de comparação múltipla para poder comparar os valores médios de sintomas depressivos entre as diferentes categorias das variáveis do estado civil, da situação profissional, do nível de escolaridade, do estatuto menopausico. Fez-se igualmente uma análise de variância univariada e um teste *t* de *student* para a variável da idade, após agrupar os dados em intervalos de idade de dez anos e dividir a amostra em dois (55 anos).

4.2.1. Estado Civil

4.2.1.1 Análise de Variância Univariada (ANOVA)

Realizou-se uma análise de variância univariada entre grupos para comparar o efeito da variável do estado civil sobre a depressão ao longo das condições “solteira”, “casada”, “divorciada” e “viúva”. Encontrou-se um efeito significativo do estado civil sobre a depressão ao nível de $p < .05$ para as quatro condições [$F(3, 39) = 3,708$, $p = ,019$]. Foram conduzidas comparações *post hoc* através do teste de *Turkey HSD* que revelaram que o valor médio de sintomas depressivos no caso das casadas ($M = 16,66$; $DP = 8,64$) tem uma diferença estatística significativa do caso das viúvas ($M = 31,58$; $DP = 10,29$). Os restantes estatutos: solteira ($M = 17,00$; $DP = 2,83$) e divorciada ($M = 17,67$; $DP = 3,06$) não diferem significativamente entre eles. Este resultado pode sugerir um potencial efeito protetor do estatuto civil de casada sobre os sintomas depressivos, bem como um agravamento dos últimos no grupo das mulheres viúvas.

4.2.1.2 Teste *T* de *Student*

Foi conduzido um teste de amostras independentes para comparar a média de sintomas depressivos nas mulheres casadas e nas mulheres que não são casadas (i.e, a soma das solteiras, divorciadas e viúvas). Existe uma diferença estatística significativa entre os níveis de depressão das casadas ($M = 16,66$; $DP = 8,64$) e das não casadas ($M = 23,70$; $DP = 9,95$); $t(41) = 2,11$, $p = ,041$. Mais uma vez, este resultado vem reforçar a ideia de um efeito protetor do estado civil de casada sobre os sintomas depressivos.

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO CULTURAL

4.2.2 Situação Profissional

4.2.2.1 Análise de Variância Univariada (ANOVA)

Realizou-se uma análise de variância univariada entre grupos para comparar o efeito da variável situação profissional sobre a depressão ao longo das condições “empregada”, “dona de casa”, “desempregada” e “reformada”. Não foi encontrado um efeito significativo da situação profissional sobre a depressão ao nível de $p < .05$ para as quatro condições [$F(3, 40) = 1,933$ $p = .140$]. Apesar de não haver uma diferença estatisticamente significativa, estar empregada ($M = 14,70$; $DP = 7,78$) tem um valor médio de sintomas depressivos mais baixo em comparação com o ser dona de casa ($M = 18,10$; $DP = 7,97$), desempregada ($M = 18,25$; $DP = 2,06$) ou reformada ($M = 22,95$; $DP = 12,66$).

4.2.2.2 Teste *T* de Student

Apesar de não ser possível tirar inferências a partir dos resultados do método da ANOVA, estes apontam para uma diferença nos níveis médios de sintomas depressivos nas mulheres que estão empregadas. Como tal, os dados foram agrupados segundo duas categorias as mulheres empregadas e as mulheres não empregadas (ou seja, a soma das donas de casa, desempregadas e reformadas) e efetuou-se um teste de amostras independentes. Existe uma diferença estatística significativa entre os níveis de depressão das mulheres empregadas ($M = 14,70$; $DP = 7,78$) e das não empregadas ($M = 20,26$; $DP = 9,85$); $t(42) = 2,022$, $p = .050$. Estes resultados, apesar de não serem muito robustos, comprovam a ideia que ficou na análise anterior apontando para um efeito protetor da condição de estar empregada sobre a variável da depressão.

4.2.3 Nível de Escolaridade

4.2.3.1 Teste *T* de Student

Como o objectivo do presente estudo consiste estudar as mulheres provenientes um baixo nível sócio cultural e como a maioria apenas completou quatro anos de escolaridade formal, dividiu-se a amostra consoante o nível de escolaridade fosse inferior a 5 anos e superior a 5 anos.

Foi aplicado um teste de amostras independentes e verificou-se que a diferença das médias é estatisticamente significativa entre os níveis de depressão das mulheres que frequentaram até quatro anos de escola ($M = 21,09$; $DP = 9,52$) e que frequentaram mais de 5 anos de escolaridade ($M = 12,21$; $DP = 5,80$); $t(42) = 3,379$, $p = .002$. Estes resultados sugerem que mulheres com um nível mais baixo de escolaridade têm, em

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO CULTURAL

média, mais sintomas depressivos que as mulheres com níveis de escolaridade mais elevados.

4.2.4 Idade

4.2.4.1 Análise de Variância Univariada (ANOVA)

Conduziu-se uma análise de variância univariada entre grupos para comparar o efeito da variável idade sobre a depressão ao longo de três intervalos de dez anos de idade [40-49], [50-59] e > 59 anos. Encontrou-se um efeito significativo da idade sobre a depressão ao nível de $p < .05$ para as quatro condições [$F(2,41) = 5,786$ $p = ,006$]. Apesar de não ter sido feito um teste *post hoc*, é possível identificar a idade com > 59 anos ($M = 23,63$; $DP = 10,24$) como aquela com maiores níveis de sintomas de depressão.

4.2.4.2 Teste *T* de Student

Uma vez que o nível de significância está quase no limite para que não existam diferenças estatísticas e, igualmente, porque a média de idade é de 55 anos, procedeu-se a um teste de amostras independentes para comparar os valores médios de sintomas depressivos para as mulheres com idade inferior a 55 anos e com idade igual ou superior a 55 anos. Há uma diferença estatística significativa entre os níveis de depressão das mulheres com idade inferior a 55 anos ($M = 14$; $DP = 7,17$) e das mulheres com idade igual ou superior a 55 anos ($M = 21,07$; $DP = 9,85$); $t(42) = 2,674$, $p = ,011$. Estes resultados vão no mesmo sentido que aqueles encontrados com as correlações de Pearson, ou seja, há um aumento da sintomatologia com o avançar da idade, sendo mais acentuada nas mulheres com idade a partir dos 55 anos.

4.2.5 Estatuto Menopausico

4.2.5.1 Análise de Variância Univariada (ANOVA)

Foram realizadas duas análises de variância univariada para avaliar o efeito do estatuto menopausico sobre a variável de depressão, no entanto, nenhuma revelou ter uma diferença estatisticamente significativa entre as médias. Na primeira análise, foram considerados quatro categorias, em que a menopausa ($M = 24,50$; $DP = 6,36$) apresentou valor médios mais altos (mas não significativos) do que a prémenopausa ($M = 12,75$; $DP = 6,84$), a perimenopausa ($M = 16,20$; $DP = 7,98$) e a pósmenopausa ($M = 20,11$; $DP = 10,00$). Recategorizou-se os dados em três categorias, a prémenopausa ($M = 12,75$; $DP = 6,84$) com valores mais baixos de sintomas depressivos, a menopausa (a soma da menopausa e da perimenopausa) ($M = 18,57$; $DP = 8,10$) e a pósmenopausa ($M = 20,11$;

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO-CULTURAL

DP=10,00). Os resultados apontam para uma diferença entre as mulheres na prémenopausa em comparação com aquelas que estão ou já passaram pelo processo da menopausa, no entanto, os dados são suficientes para afirmar, estatisticamente, tal diferença.

4.2.5.2 Teste *T* de Student

De modo a perceber se a aparente diferença entre os resultados médios é devida ao acaso ou não, foi realizado um teste de amostras independentes para comparar os valores médios de sintomas depressivos para as mulheres na prémenopausa e as mulheres que estão a passar ou já passaram pelo processo da menopausa. Há uma diferença estatística significativa entre os níveis de depressão das mulheres na prémenopausa ($M=12,75$; $DP=6,84$) e das mulheres que já estão ou passaram pelo processo ($M=19,78$; $DP=9,52$); $t(42)=2,334$, $p=.024$. Estes resultados confirmam a suspeita que as mulheres antes de entrarem no processo da menopausa têm menos sintomas depressivos em comparação com as outras.

4.3 Regressão Linear Múltipla e Hierárquicas

4.3.1 Regressão Linear Múltipla

Foram realizadas três regressões lineares múltiplas para prever a frequência de sintomas depressivos com base na força da fé religiosa e, no primeiro caso, na idade, no segundo, no estado civil de viúva e, por fim, no estado civil de viúva e de estar empregada. Os coeficientes de regressão e níveis de significância são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3

Coefficientes de Regressões Múltiplas

	B	β	t	p
Regressão 1				
Idade	,385	,340	2,417	,020
Santa clara	,453	,312	2,219	,032
Regressão 2				
Idade	,364	,314	2,424	,020
Santa clara	,334	,212	1,590	,120
Viúva	11,868	,376	2,901	,006
Regressão 3				

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO CULTURAL

Idade	,327	,283	1,877	,068
Santa clara	,335	,213	1,581	,122
Viúva	11,769	,373	2,842	,007
Empregada	-1,158	-,062	-,424	,674
Nota. A previsão dos sintomas depressivos com base na idade e santa clara (Regressão 1), no santa clara e ser viúva (Regressão 2) e no santa clara, ser viúva e empregada (Regressão 3).				

4.3.1.1 Idade e Força de Fé Religiosa

A regressão linear múltipla 1 revelou uma correlação moderada entre os sintomas depressivos e as variáveis da idade e força de fé religiosa ($R=,533$). A idade e a força de fé religiosa contribuem significativamente para a equação de regressão, $F(2,41)=8,155$, $p<,05$, prevendo cerca de 28,5% dos sintomas depressivos observados. Apesar das duas variáveis independentes serem bons preditores, separadamente, da ocorrência de sintomas depressivos, a idade é aquela que tem mais peso ($\beta=,340$) na previsão. Este resultado sugere que com o aumento da idade se dá um aumento dos sintomas depressivos.

4.3.1.2 Idade, Força de Fé Religiosa e Viuvez

A regressão linear múltipla 2 revelou uma correlação moderada entre os sintomas depressivos e as variáveis da idade e força de fé religiosa e ser viúva ($R=,624$). A idade, a força de fé religiosa e a viuvez contribuem significativamente para a equação de regressão, $F(3,39)=8,287$, $p<,05$, prevendo cerca de 38,9% dos sintomas depressivos observados. Todas as variáveis são bons preditores da frequência de sintomas depressivos, sendo que de entre as três aquela com mais peso é ser viúva ($\beta=,376$). Estes resultados sugerem que ao introduzir a variável da viuvez, esta passa a ser a contribuidora principal para o aumento dos sintomas depressivos. Por comparação com a regressão múltipla anterior, a variável de religiosidade deixa de contribuir significativamente para o aumento de sintomas, no entanto, isso não acontece com a idade que mantém um contributo significativo.

4.3.1.3 Idade, Força de Fé Religiosa, Viuvez e Emprego

A regressão linear múltipla 3 revelou uma correlação moderada entre os sintomas depressivos e as variáveis da idade e força de fé religiosa, ser viúva e estar empregada ($R=,626$). A idade, a força de fé religiosa, a viuvez e estar empregada contribuem significativamente para a equação de regressão, $F(4,38)=6,130$, $p<,05$, prevendo cerca de 39,2% dos sintomas depressivos observados. Ao considerar-se o

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO-CULTURAL

facto da mulher estar empregada juntamente com as variáveis da idade, força de fé religiosa e viuvez, a única variável que continua a prever, individualmente, a presença de sintomas depressivos é a viuvez ($\beta=,373$). Estar empregada surge como um factor protetor face aos sintomas depressivos, prevendo uma diminuição dos sintomas depressivos caso a mulher esteja empregada.

4.3.2 Regressão Múltipla Hierárquica

Para simplificar a análise de regressão múltipla, foi usado um modelo linear combinado, a análise de regressão linear hierárquica/sequencial, seguindo um algoritmo de exclusão.

4.3.2.1 Variáveis Religiosas e Sócio-demográficas

Foi conduzida uma análise de regressão linear múltipla hierárquica com algoritmo de exclusão sobre as variáveis religiosas (Santa Clara e Prática Atual) e duas variáveis sócio-demográficas (estado civil de casada e idade) (ver Tabela 4).

Tabela 4

Sumário da Regressão Múltipla Hierárquica 1

	B	t	p
Modelo 1			
Santa clara	,437	2,227	,032
Prática atual	-,312	-1,527	,135
Casada	-,234	-1,632	,111
Idade	,391	2,756	,009
Modelo 2			
Santa clara	,235	1,595	,119
Casada	-,197	-1,373	,177
Idade	,335	2,404	,021
Modelo 3			
Santa clara	,302	2,143	,038
Idade	,339	2,405	,021

Todos os modelos apontam para a existência de uma relação linear (R_1, R_2 e $R_3 >,05$). O modelo mais completo (1) contempla as variáveis da religiosidade (Santa Clara e Prática Actual) e sócio-demográficas (Casada e Idade) e tem um $R^2=0,333$. A prática Actual é excluída do modelo 2 ($R^2=0,292$) por ser aquela cujo valor t se aproxima mais de zero. A última variável a ser excluída é a do estado civil casada, tendo o modelo 3

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO-CULTURAL

um $R^2=0,258$. Estes resultados reforçam a relação positiva existente entre a depressão e a força da fé religiosa e entre a idade. No segundo modelo, a força da fé religiosa perde o seu efeito sobre a depressão quando é considerado o fator protetor do casamento.

4.3.2.2 Amostra Exclusiva de Mulheres Casadas

Executou-se uma análise de regressão linear múltipla hierárquica com algoritmo de exclusão sobre as variáveis religiosas (Santa Clara e Prática Atual) e a variável da idade, considerando para o efeito, apenas as mulheres com estado civil de casada (ver Tabela 5).

Os dois modelos resultantes dão pela existência relações lineares (R_1 e $R_2 >,05$), sendo que o primeiro tem um valor preditivo de 33,7% e o segundo de 28,3%.

Tabela 5

Sumário da Regressão Múltipla Hierárquica 2

	β	t	p
Modelo 1			
Santa clara	,501	2,369	,024
Prática atual	-,333	-1,565	,128
Idade	,444	2,925	,006
Modelo 2			
Santa clara	,269	1,743	,091
Idade	,417	2,705	,011

Do modelo 1 para o modelo 2 é excluída a variável da prática atual religiosa segundo os mesmos critérios que foram explicados na análise anterior. Tal como aconteceu na análise anterior que considerou a amostra total, no grupo das mulheres casadas, a influência da força da fé religiosa deixa de ser significativa quando esta é confrontada apenas com a influência da idade sobre a depressão. A relação entre a idade e a depressão continua a ser nítida, mesmo tendo em conta apenas as mulheres casadas (que são aquelas que reportam, em média, menos sintomas depressivos).

4.3.2.3 Variáveis Religiosas, Sociodemográficas e Nível de Escolaridade

Introduziu-se a variável de escolaridade (5 ou mais anos de escolaridade) à primeira análise de regressão linear múltipla hierárquica (ver Tabela 6). Os coeficientes dos três modelos decorrentes da regressão confirmam a existência de relações lineares

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO CULTURAL

positivas e fortemente significativas ($R_1=,707$, $R_2=,701$ e $R_3=,691$), com capacidade preditiva de 50% para o modelo 1, 49,1% para o modelo 2 e 47,8% para o modelo 3.

Tabela 6

Sumário da Regressão Múltipla Hierárquica 3

	β	t	p
Modelo 1			
Santa clara	,325	1,855	,072
Prática atual	-,152	-,822	,416
Casada	-,331	-2,573	,014
Idade	,170	1,219	,231
Escolaridade > 5	-,474	-3,525	,001
Modelo 2			
Santa clara	,226	1,782	,083
Casada	-,319	-2,511	,016
Idade	,132	1,007	,320
Escolaridade > 5	-,501	-3,861	,000
Modelo 3			
Santa clara	,252	2,031	,049
Casada	-,334	-2,647	,012
Escolaridade > 5	-,554	-4,661	,000

Ao introduzir a variável da escolaridade > 5, as variáveis que contribuem para o aumento da sintomatologia depressiva (Santa Clara e Idade) perdem a sua influência significativa. A primeira variável excluída é a Prática Atual, seguindo-se da Idade, até que se chega ao modelo 3 com os preditores: Santa Clara, Casado e Escolaridade > 5. Estes resultados sugerem um efeito protetor das variáveis “ser casada” e “escolaridade > 5” sobre a variável da depressão. Apenas quando a idade é excluída do modelo é que a força da fé religiosa tem um valor preditivo significativo dos sintomas depressivos, sugerindo uma interação entre a idade, a força de fé religiosa e os níveis de depressão.

4.3.2.3 Variáveis Religiosas, Sociodemográficas, Nível de Escolaridade e Percepção do Estado de Saúde Geral

À análise de regressão anterior adicionou-se a variável da percepção do estado de saúde geral (ver Tabela 7). Obteve-se relações lineares ainda mais fortes e significativas para os três modelos ($R_1=,789$, $R_2=,788$ e $R_3=,782$) em comparação com a

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO CULTURAL

análise anterior. O modelo 1 consegue explicar 62,3% da ocorrência de sintomas depressivos, o modelo 2 62,1% e, por fim, o modelo 3 61,1%.

Tabela 7

Sumário da Regressão Múltipla Hierárquica 4

	β	t	p
Modelo 1			
Santa clara	,244	1,563	,127
Prática atual	-,065	-,395	,695
Casada	-,241	-2,074	,045
Idade	,129	1,050	,301
Escolaridade > 5	-,269	-2,028	,050
Saúde	-,425	-3,420	,002
Modelo 2			
Santa clara	,201	1,811	,078
Casada	-,235	-2,063	,046
Idade	,113	,985	,331
Escolaridade > 5	-,277	-2,134	,040
Saúde	-,432	-3,564	,001
Modelo 3			
Santa clara	,223	2,052	,047
Casada	-,246	-2,180	,036
Escolaridade > 5	-,319	-2,605	,013
Saúde	-,438	-3,615	,001

Com a introdução do estado de saúde geral, tal como aconteceu com a análise anterior, as variáveis que contribuem para o aumento da sintomatologia depressiva (Santa Clara e Idade) deixam de ter um contributo significativo. Ao excluir a variável religiosa, o efeito protetor das variáveis Casada, Escolaridade > 5 e Saúde torna-se mais saliente. No modelo final, a variável religiosa passa a ser um preditor significativo dos sintomas depressivos (uma vez que a variável Idade é retirada) e o efeito protector das restantes variáveis continua a ser forte. Este resultados identificam as variáveis relativas ao casamento, à escolaridade alta e a uma perceção positiva do estado de saúde geral como fatores de proteção contra os sintomas depressivos.

5. DISCUSSÃO

Neste capítulo são discutidos os resultados obtidos na secção anterior tendo em conta os objectivos e hipóteses levantadas e a revisão de literatura.

5.1 Descrição Estatística

A amostra é constituída quase na sua totalidade por mulheres de meia-idade, sendo que apenas quatro participantes possuem idades superior a 65 anos.

A maioria das mulheres é casada, está empregada, tem quatro anos de escolaridade e, quanto à religiosidade, é católica praticante.

Tendo em conta que este estudo é sobre mulheres de meia-idade, com baixo nível-sócio cultural e sobre religiosidade, a amostra recolhida possui as características necessárias para que possam ser retiradas elações sobre a sua relação com a depressão.

5.2 Depressão e Religiosidade

O estudo das correlações de Pearson releva correlações positivas da depressão com ambas as variáveis religiosas, no entanto, apenas a correlação com força de fé religiosa é moderadamente significativa ($p=,001$).

Ao longo das diferentes análises de regressão linear múltipla a variável da força de fé religiosa aparece como um dos principais preditores do aumento de sintomas depressivos. No entanto, quando o modelo de regressão tem em conta a variável da viuvez (outro preditor do aumento de sintomas depressivos) ou variáveis que funcionam como fatores de proteção face à depressão, a força da fé religiosa deixa de ter um contributo significativo.

Segundo a hipótese 1, esperava-se encontrar uma relação inversa entre os sintomas depressivos e as variáveis religiosas, que vai no sentido dos resultados obtidos por Baker e Cruickshank (2009). No entanto, os resultados obtidos refutam esta hipótese, uma vez que há uma relação clara entre os sintomas depressivos e a força de fé religiosa.

Apenas foi realizada uma correlação de Pearson entre as variáveis de religiosidade e da idade (a única variável sócio demográfica testada quanto à religiosidade). A idade tem correlações positivas e significativas com a força da fé religiosa e com as práticas religiosas atuais, sendo esta última mais forte do que a

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO CULTURAL

primeira ($p=,001$). Estes resultados demonstram um aumento da religiosidade, nomeadamente da sua prática, com o aumento da idade. Deste modo, a hipótese 6 foi parcialmente corroborada. Esta relação pode dever-se a um efeito de coorte, isto é, é possível que estas mulheres pertençam a uma geração que é caracteristicamente mais religiosa *per se*. É igualmente pausável pensar que com o aumento da idade, a consciência da finitude (Fagulha, 2009) leve estas mulheres a virarem-se para a religião à procura de significados.

5.3 Depressão e Estatuto Menopausico

Esperava-se encontrar, na hipótese 2, níveis mais baixos de sintomas depressivos nas mulheres na prémenopausa por comparação com as mulheres que estão a passar ou já passaram pelo processo da menopausa (perimenopausa, menopausa e pósmenopausa). Os resultados obtidos corroboram esta hipótese, uma vez que a média de sintomas depressivos nas mulheres prémenopausicas é mais baixa do que a média encontrada no grupo de mulheres nas outras condições (perimenopausa, menopausa e pósmenopausa), o que vai no sentido dos resultados obtidos por Fagulha e Gonçalves (2005).

As hipóteses 3 e 4 comparam os níveis médios dos sintomas depressivos ao longo estatutos de perimenopausa e prémenopausa, no primeiro caso e, no segundo, nos estatutos pósmenopausicos e perimenopausicos. Para testar estas hipóteses foram realizados duas análises de variância univariada, uma com as quatro categorias prémenopausa, perimenopausa, menopausa e pósmenopausa e, a segunda, com as três categorias prémenopausa, menopausa (menopausa e perimenopausa) e pósmenopausa. A diferença das médias obtidas nas duas análises não são estatisticamente significativas para que se possa tirar conclusões quanto à diferença de um estatuto para outro. Apesar da mudança de estatuto menopausico estar associada com um aumento do risco de desenvolver sintomas depressivos (Bromberger et al., 2007), este fenómeno não foi possível de comprovar, possivelmente devido ao número muito reduzido de participantes no estatuto perimenopausico e menopausico (5 participantes e 2 participantes, respectivamente).

5.4 Depressão e Percepção do Estado de Saúde Geral

A percepção do estado de saúde geral correlaciona-se negativamente com todas as variáveis, no entanto, apenas duas são significativas, a idade e a depressão, sendo esta

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO CULTURAL

última forte ($p=,001$). Foi introduzida a variável da percepção do estado de saúde geral na última análise de regressão múltipla hierárquica, tendo sido identificada como o principal fator protetor face aos sintomas depressivos.

Com base nestes resultados, a hipótese 5 que esperava encontrar uma relação negativa entre os sintomas depressivos e a percepção do estado de saúde geral foi corroborada. É praticamente intuitivo esperar que uma pessoa que tenha uma percepção positiva do seu estado de saúde geral relate níveis de bem-estar superiores, em comparação cujo estado geral de saúde seja percebido pelo próprio como negativo.

5.5 Depressão e Variáveis Sócio demográficas

5.5.1 Idade

A idade tem uma correlação positiva moderadamente significativa com a depressão. Encontrou-se níveis médios de depressão mais elevados nas mulheres com mais de 59 anos, na análise de variância univariada. No teste t de *student* verificou-se um aumento acentuado nos valores médio de depressão das mulheres com idade igual ou superior a 55 anos por comparação com as mulheres com idade inferior a 55 anos.

Ao longo das análises de regressão linear múltiplas, a idade aparece como um dos principais preditores da ocorrência de sintomas depressivos, sendo que o seu efeito apenas deixa de ter significância quando introduzida a variável da viuvez. Nas análises de regressão múltiplas hierárquicas, a idade só mantém o seu contributo significativo para o aumento de sintomas depressivos frente um único fator protetor, ser casada.

Estes resultados mostram que com o aumento da idade há um agravamento dos sintomas depressivos, tal como foi encontrado por Gonçalves e colaboradores (2005), no entanto, este efeito pode ser enfraquecido por fatores de protecção.

5.5.2 Estado Civil

A análise de variância univariada revelou uma diferença estatisticamente significativa entre os valores médios de sintomas depressivos entre o grupo de casadas e o grupo de viúvas. O teste t de *student* mostra uma diferença significativa entre os valores médios de depressão das mulheres casadas por comparação com as restantes.

A análise de regressão linear múltipla identifica a viuvez como um preditor importante de sintomas depressivos. Por outro lado, as análises de regressão linear múltiplas hierárquicas identificam o casamento como um fator de protecção, o que está

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO CULTURAL

em consonância com os resultados obtidos por Fagulha e Gonçalves (2005), podendo ser explicado por uma elevado suporte social que ajude a amortecer os efeitos do distress (Fielder & Kurpius, 2005).

5.5.3 Situação Profissional

Uma vez que a análise de variância univariada não revelou diferenças estatisticamente significativas, foi efectuado um teste de amostras independentes que evidenciou um nível médio de sintomas depressivos significativamente mais baixo nas mulheres empregadas por comparação com as mulheres com outra situação profissional que não seja empregada. Na análise de regressão linear múltipla, estar empregada tem um efeito protector mas que não chega a ser significativo.

Estes resultados mostram que estar empregada pode ajudar face aos sintomas depressivos, no entanto, o efeito não chega a ser significativo para que se possa considerar um fator de proteção, resultado igualmente encontrado na investigação conduzida por Gonçalves e colaboradores (2014). Ao estar empregada, a mulher possui um leque mais variado e abrangente de recursos à sua disposição que lhe dão acesso a condições de vida significativamente melhores.

5.5.4 Nível de Escolaridade

Foi realizado um teste de amostras independentes que evidenciou uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo de mulheres com uma escolaridade abaixo de 5 anos e o grupo de mulheres de escolaridade mais alta quanto aos valores médios de sintomas depressivos, sendo que as mulheres com escolaridade mais baixa apresentaram, em média, mais sintomas de depressão. Foi introduzido o nível de escolaridade alto (superior a 5 anos de escola) nas análises de regressão linear múltiplas hierárquicas que identificaram esta variável como um fator protetor importante face à depressão.

Estes resultados mostram que com o aumento do nível sócio cultural, os sintomas depressivos são menos exacerbados, tornando as mulheres menos expostas ao risco de todos os tipos de perturbação e sintomatologia depressiva (Gonçalves & Fagulha, 2012; Fagulha & Gonçalves, 2005). Tal como acontece com a situação profissional de empregada, o aumento do nível sócio cultural permite um acesso mais rápido e facilitado a recursos essenciais para um estilo de vida mais desafogado.

6. CONCLUSÃO

Neste capítulo será feita uma breve síntese dos aspetos mais importantes abordados ao longo deste estudo, serão abordadas as principais limitações encontradas e levantadas sugestões para investigações futuras.

O objectivo principal desta dissertação prende-se com a exploração da relação entre as variáveis de depressão, do estatuto de menopausa e da religiosidade em mulheres de meia-idade com baixo nível sócio cultural.

No geral, os resultados obtidos neste estudo são consensuais com aqueles encontrados na literatura, nomeadamente no que diz respeito ao fatores de risco para o desenvolvimento da depressão: a idade, o estado civil de viuvez, a entrada na menopausa e um nível baixo de escolaridade. Por outro lado, foram identificados três fatores protetores principais: estar casada, ter um nível elevado de escolaridade e uma percepção positiva do estado de saúde geral.

Ao contrário do que é comum encontrar-se na literatura, foi encontrada uma relação positiva e significativa entre os sintomas depressivos e a variável da força de fé religiosa, podendo dever-se um efeito de coorte.

A principal limitação do estudo prende-se com a amostra. Dado tratar-se de uma amostra de conveniência e de dimensão reduzida (N=44), não é possível generalizar os resultados à população geral. Outra limitação decorrente da dimensão reduzida da amostra prende-se o número pequeno de sujeitos entre as várias categorias, tornando a avaliação das diferenças entre elas mais difíceis e com maior margem de erro.

Foi criado um item de avaliação da participação ativa na igreja que não foi usado na análise estatística por existir a escala de práticas religiosas que permite quantificar os resultados obtidos, ao contrário do que acontece com um item dicotómico que só permitiria uma análise qualitativa da informação recolhida.

Seria interessante utilizar outros instrumentos para medir a religiosidade, de modo a verificar se a relação positiva encontrada com o questionário de Força de Fé Religiosa de Santa Clara é devida a alguma dimensão específica medida por ele ou se também se encontra esta relação quando são medidas outras facetas desta variável.

Esta investigação vem reforçar a necessidade de chamar à atenção dos técnicos de saúde mental e técnico dos cuidados de saúde primários para o risco de depressão ou, em escala menor, do desenvolvimento de sintomas depressivos que certas mulheres correm na transição para a menopausa.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Avis, N., Stellato, R., Crawford, S., Bomberger, J., Ganz, P., Cain, V., Kagawa-Singer, M. (2001). Is there a menopausal syndrome? Menopause status and symptoms across racial/ethnic groups. *Social Science and Medicine*, 52, 345-356. doi:0277-9536/01.
- Baker, P., & Cruickshank, J. (2009). I am happy in my faith: the influence os religious affiliation, saliency, and practice on depressive symptoms and treatment preference. *Mental Health, Religion & Culture*, 12 (4), 339-357. doi:10.1080/13674670902725108.
- Berlezi, E., Balzan, A., Cadore, B., Pillatt, A., & Winkelmann, E. (2013). Histórico de transtorno disfóricos no período reprodutivo e a associação com sintomas sugestivos de depressão na pós-menopausa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16 (2), 273-283. Disponível em <https://www.ebscohost.com>.
- Brewer, G., & Olive, N. (2014). Depression in men and women: relative rank, interpersonal dependency, and risk-taking. *Evolutionary Behavioral Sciences*, 8 (3), 142-147. doi:10.1037/h0097761.
- Bromberger, J., Matthews, K., Schott, L., Brockwell, S., Avis, N., Kravitz, H., Everson-Rose, S., Gold, E., Sowers, M., & Randolph Jr., J. (2007). *Journal of Affective Disorders*, 103, 267-272.
- Buttner, M., Mott, S., Pearlstein, T., Stuart, S., Zlotnick, C., & O'Hara, W. (2012). Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women. *Women and Health*, 16, 219-225. doi:10.1007/s00737-012-0323-x.
- Coimbra de Matos, A. (2014). A Depressão. *Segunda Edição*. Lisboa: Climpesi Editores.
- Colvin, A., Richardson, G., Cyranowski, J., Youk, A., & Bromberger, J. (2014). Does family history of depression predict major depression in midlife women? Study of

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO-CULTURAL

- Women's Health Across the Nation Mental Health Study (SWAN MHS). *Women Mental Health*, 17, 269-278. doi:10.1007/s00737-014-0433-8.
- Fagulha, T., & Gonçalves, B. (2005). Menopausa, sintomas de menopausa e depressão: influência do nível educacional e de outras variáveis sociodemográficas. *Psicologia*, XIX (1-2), 19-38. Lisboa: Edições Colibri.
- Fagulha, T., & Gonçalves, B. (2012). A brief psychotherapeutic intervention with depressed middle-aged portuguese woman. *Women & Therapy*, 35, 233-247. doi:10.1080.02703149.2012.684548.
- Fagulha, T. (2005). A meia idade da mulher. *Psicologia*, XIX (1-2), 13-17. Lisboa: Edições Colibri.
- Fagulha, T. (2009). A meia-idade e a meia-idade no feminino. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 41, 14-44. Lisboa.
- Fagulha, T., Gonçalves, B., & Ferreira, A. (2011). A population-based assessment of middle portuguese women's experience of perimenopause and menopause. *Health Care for Women International*, 32, 559-580. doi:10.1080/07399332.2010.540155.
- Faravelli, C., Scarpato, M., Castellini, G., & Lo Sauro, C. (2013). Gender difference in depression and anxiety: the role of age. *Psychiatry Research*, 210, 1301-1303. doi: dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.09.027.
- Field, C., & Kurpius, S.(2005). Marriage, stress and menopause: midlife challenges and joys. *Psicologia*, XIX (1-2), 87-106. Lisboa: Edições Colibri
- Frade, J., Barbosa, P., Cardozo, S., & Nunes, C. (2015). Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (4), 41-49. Disponível em <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14030>.
- Freud, S., Strachey, J., Strachey, A., & Freud, A. (1914-1957). Mourning and melancholia. *On the history of the psycho-analytic movement' papers on metapsychology and other works*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO CULTURAL

- Fried, E., Nesse, R., Zivin, K., Guille, C., & Sem, S. (2013). Depression is more than the sum score of its parts: individual DSM symptoms have different risk factors. *Psychological Medicine*, 1-10. doi:10.1017/S0033291713002900.
- Gibbs, Z., Lee, S., & Kulkarni, J. (2013). Factors associated with depression during the perimenopausal transition. *Women's Health Issues*, 23(5), 311-307. <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2023.07.001>.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). The portuguese version of the center for epidemiologic studies depression scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20 (4), 339-348. doi:10.1027/1015-5759.20.4.339.
- Gonçalves, B., Fagulha, T., Ferreira, A., & Reis, N. (2014). Depressive symptoms and pain complaints as predictor of later development of depression in portuguese middle aged women. *Health Care for Women International*, 00,1-17. doi:10.1080/07399332.2013.862795
- Heun, R., & Hein, S. (2005). Risk factors of major depression in the elderly. *European Psychiatry*, 20, 199-204. doi:10.1016/j.eurpsy.2004.09.036.
- Kessler, R. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, 5-13. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00426-3.
- Laurencell, R., Abell, S., & Schwartz, D. (2002). The relation between intrinsic religious faith and psychological well-being. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 12 (2), 109-123. Disponível em <https://www.ebscohost.com>.
- Llaneza, P., García-Portilla, M., Llaneza-Suárez,D., Armott, B., & Pérez-López, F. (2012). Depressive disorders and the menopausal transition. *Maturitas*, 71, 120-130. doi:10.1016/j.maturitas.2011.11.017
- Miller, M. (2011). Woman and depression. *Harvard Mental Health Letter*, 27 (11). Disponível em www.health.harvard.edu.
- Miller, L., Wickramaratne, P., Gameoff, M., Sage, M., Tenke, C., & Weissman, M. (2012). Religiosity and Major Depression in adults at high risk: a ten-year

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO-CULTURAL

prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 169 (1), 89-94. doi:10.1176/appi.ajp.2011.11121823.

Direcção Geral de Saúde (2006). Depressão. Disponível em <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministerio+saude/saude+mental/depressao.htm>

Noble, R. (2005). Depression in women. *Metabolism Clinical and Experimental*, 54 (1), 49-52. doi:10.1016/j.metabol.2005.01.014.

Organização Mundial de Saúde. (1996). Research on the menopause in the 1900's. *WHO Technical Report Series*, 866, 13. Disponível em www.who.int.

Organização Mundial de Saúde. (1981). Research on the menopause: Reports of a WHO Scientific Group. *WHO Technical Report Series*, 670, 8-33. Disponível em www.who.int.

Organização Mundial de Saúde. (2000). Women's Mental Health: na evidence based review. Disponível em www.who.int.

Organização Mundial de Saúde. (2012). Depressão. *Fact Sheet*, 369. Disponível em www.who.int

Pearson, Q. (2010). Managing Depression During the Menopausal Transition. *Adultspan Journal*, 9 (2), 76-87. Disponível em <https://www.ebscohost.com>.

Pimenta, F., Leal, I., & Branco, J. (2007). Menopausa, a experiência intrínseca de uma inevitabilidade humana: uma revisão de literatua. *Análise Psicológica*, 3 (XXV), 455-466. Disponível em <https://www.ebscohost.com>.

Plant, T., Saucedo, B., & Rice, C. (2001). The association between strength of religious faith and coping with daily stress. *Pastoral Psychology*, 49 (4), 291-299. doi:0031-2789/01/0300-0291.

Plante T.G., & Bocaccini, M.T. (1997a). Reliability and validity of the Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. *Pastoral Psychology*, 45 (6), 429-437.

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO CULTURAL

- Plante, T.G., & Bocaccini, M.T. (1997b). The Santa Clara strength of Religious Faith Questionnaire. *Pastoral Psychology*, 45 (5), 375-387.
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in general population. *Applied Psychological Measurement*, 1 (3), 385-401. Disponível em <http://purl.umn.edu/93227>.
- Soares, C. (2010). Can depression be a menopause-associated risk?. *BMC Medicine*, 8 (79). <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/8/79>.
- Soares, C. (2013). Depression in peri- and postmenopausal women: prevalence, pathophysiology and pharmacological management. *Drugs Aging*, 30, 677-685. doi:10.1007/s40266-013-0100-1.
- Soules, M., Sherman, S., Parrott, E., Rebar, R., Santoro, N., Utian, W., & Woods, N. (2001). Stages of reproductive aging workshop (STRAW). *Journal of Women's Health & Gender Based Medicine*, 10(9), 843-848. Disponível em <https://www.ebscohost.com>
- Stanley, M., Bush, A., Camp, M., Jameson, J., Phillips, L., Barber, C., Zeno, D., Lomax, J., & Cully, J. (2010). Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. *Aging & Mental Health*, 15 (3), 334-343. doi:10.1080/13607863.2010.519326.
- Sun, F., Park, N., Roff, L., Klemmack, D., Parker, M., Koenig, H., Sawyer, P., & Allman, R. (2012). Predicting the trajectories of depressive symptoms among Southern community-dwelling older adults: the role of religiosity. *Aging & Mental Health*, 16 (2), 189-198. Doi: 10.1080/13607863.2011.602959
- Unsal, A., Tozun, M., & Ayranci, U. (2011). Prevalence of depression among postmenopausal women and related characteristics. *Climacteric*, 14, 244-251. doi:10.3109/13697137.2010.510912.
- Utian, W. (2005). Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: A comprehensive review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3 (47), 1-10. doi:10.1186/1477-7525-3-47.

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM
MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO CULTURAL

ANEXO 1 – PACOTE DE QUESTIONÁRIOS

CONSENTIMENTO INFORMADO

Chamo-me Sandra Cristina Romão Dias, sou psicóloga clínica e encontro-me a realizar uma dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, secção de Psicologia Clínica e da Saúde, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob a supervisão do Prof. Dr. Bruno Ademar Paisana Gonçalves.

Pretendo estudar a relação entre Religiosidade, Menopausa e Depressão.

Solicito a sua participação para responder aos questionários que se seguem. O primeiro pretende recolher dados sócio-demográficos necessários ao tratamento estatístico, os dois seguintes relacionam-se com aspectos da sua vivência e experiência religiosa e os últimos dizem respeito a questões de bem-estar subjectivo e social. A sua colaboração durará cerca de meia hora.

Não existem respostas correctas ou incorrectas, o mais importante é que elas reflectam a sua experiência pessoal.

Os dados recolhidos serão tratados e apresentados de forma anónima garantindo a confidencialidade das informações fornecidas.

Tem o direito de desistir de colaborar na investigação a qualquer momento.

Ao responder a estes questionários, declara que é maior de idade e tomou conhecimento das indicações fornecidas anteriormente e que aceita colaborar livre e voluntariamente nesta investigação.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Abrantes, _____ de _____ de 2014

(Participante)

(Sandra Cristina Romão Dias)

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO-CULTURAL

Nº. _____

Todas as informações solicitadas são confidenciais!

Dados Pessoais:

Idade: _____ anos;

Estado Civil:

☐ Solteira

☐ Divorciada / Separada

☐ Casada

☐ Viúva

Habilitações Literárias:

☐ Não foi à escola

☐ 9 anos

☐ Menos de 4 anos

☐ 12 anos

☐ 4 anos

☐ Estudos Superiores

☐ 6 anos

Situação Profissional:

☐ Empregada. Profissão: _____

☐ Reformada

☐ Desempregada

☐ Dona de Casa

Participação na Igreja:

Participa activamente na Igreja assumindo alguma função específica (Catequese, Grupos Litúrgico/Sinodal, etc...)?

☐ Sim. Qual? _____

☐ Não

Menopausa:

Tem alterações na menstruação que considera relacionadas com a menopausa?

☐ Sim

☐ Não

Se já **não tem** períodos menstruais, o último período foi:

Há mais de **um** ano?

☐ Sim

☐ Não

Há mais de **dois** anos?

☐ Sim

☐ Não

Que idade tinha quando teve o último período? _____ anos

Estado Geral de Saúde:

Neste último mês, como classifica o seu **estado geral de saúde**?

MAU FRACO RAZOÁVEL BOM MUITO BOM

Questionário de Práticas Religiosas

1. Em relação à religião, considera-se:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Católico Praticante | <input type="checkbox"/> Cristão Não Católico |
| <input type="checkbox"/> Católico Não Praticante | <input type="checkbox"/> Outra Religião |
| <input type="checkbox"/> Sem Religião | |

2. A sua família transmitiu-lhe princípios religiosos?

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nenhuns | <input type="checkbox"/> Alguns |
| <input type="checkbox"/> Poucos | <input type="checkbox"/> Muitos |

3. É batizado?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

4. Além do batismo, que outros sacramentos recebeu?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Confirmação (Crisma) |
| <input type="checkbox"/> Primeira Comunhão | <input type="checkbox"/> Matrimónio |

5. Pessoalmente, acha importante um casamento religioso (e não apenas civil)?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nada Importante | <input type="checkbox"/> Importante |
| <input type="checkbox"/> Pouco Importante | <input type="checkbox"/> Muito Importante |

6. Considera importante que os seus filhos (ou os filhos que poderá vir a ter) tenham educação religiosa?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nada Importante | <input type="checkbox"/> Importante |
| <input type="checkbox"/> Pouco Importante | <input type="checkbox"/> Muito Importante |

7. Actualmente, com que frequência vai à Igreja para missa ou outra cerimónia religiosa?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Semanalmente |
| <input type="checkbox"/> De vez em quando ou em datas festivas (ex: batismo) | <input type="checkbox"/> Mais do que uma vez por semana ou diariamente |

8. Com que frequência reza?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Semanalmente |
| <input type="checkbox"/> Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> Mais do que uma vez por semana ou diariamente |

Questionário de Práticas Religiosas (Continuação)

9. Com que frequência comunga?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Semanalmente |
| <input type="checkbox"/> De vez em quando ou em datas festivas (ex: batismo) | <input type="checkbox"/> Mais do que uma vez por semana ou diariamente |

10. Com que frequência se confessa?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Mensalmente |
| <input type="checkbox"/> Ocasionalmente, na Páscoa ou se tiver feito algo muito errado | <input type="checkbox"/> Semanalmente |

11. Além da missa, participa noutras actividades da Paróquia?

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Mensalmente |
| <input type="checkbox"/> Ocasionalmente | <input type="checkbox"/> Semanalmente |

Questionário de Santa Clara

Sobre a Força da Fé Religiosa

Instruções:

Por favor, responda às perguntas seguintes sobre a sua fé.

Indique até que ponto concorda ou discorda de cada uma das afirmações, utilizando a escala apresentada, marcando o quadrados correspondente (1, 2, 3 ou 4).

1 - Discordo Totalmente;

2 – Discordo;

3 – Concordo;

4 – Concordo Totalmente

Leia as seguintes afirmações:	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. A minha fé religiosa é muito importante para mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rezo diariamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Considero a minha fé uma fonte de inspiração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Considero que a minha fé dá significado e um propósito à minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Considero-me uma pessoa activa na minha fé ou na minha igreja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A minha fé é uma parte importante daquilo que sou como pessoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A minha relação com Deus é muito importante para mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gosto de estar junto com outros que partilham a minha fé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Considero a minha fé uma fonte de conforto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. A minha fé influencia muitas das minhas decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO-CULTURAL

Nº. _____

CES-D

Instruções:

Encontra, nesta página, uma lista das maneiras como se pode **ter sentido ou reagido**. Indique com que frequência se sentiu dessa maneira **durante a semana passada** fazendo uma cruz no quadrado correspondente.

Use a seguinte chave:

- a) Nunca ou muito raramente (menos de 1 dia);
- b) Ocasionalmente (1 ou 2 dias);
- c) Com alguma frequência (3 ou 4 dias);
- d) Com muita frequência ou sempre (5 ou 7 dias)

Durante a semana passada:	Nunca ou Muito Raramente	Ocasional- mente	Com alguma frequência	Com muita frequência ou sempre
1. Fiquei aborrecido(a) com coisas que habitualmente não me aborrecem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Não me apeteceu comer / Estava sem apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Senti que não conseguia livrar-me da neura ou da tristeza, mesmo com ajuda da família ou amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Senti que valia tanto como os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tive dificuldade em manter-me concentrado(a) no que estava a fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Senti-me deprimido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Senti que tudo o que fazia era um esforço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Senti-me confiante no futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Senti-me com medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dormi mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Senti-me feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Falei menos que o costume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Senti-me sozinho(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. As pessoas foram desagradáveis ou pouco amigáveis comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Senti prazer ou gosto na vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Tive ataques de choro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Senti-me triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Senti que as pessoas não gostavam de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Senti falta de energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO, MENOPAUSA E RELIGIOSIDADE EM MULHERES DE BAIXO NÍVEL SÓCIO-CULTURAL

Nº. _____

Escala de Satisfação com o Suporte Social

Instruções:

A seguir vai encontrar várias afirmações seguidas de cinco letras.

Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar.

Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra **A**, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra **E**.

	Concordo Totalmente	Concordo Na Maior Parte	Não Concordo Nem Discordo	Discordo Na Maior Parte	Discordo Totalmente
1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem recorrer	A	B	C	D	E
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8. Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14. Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

